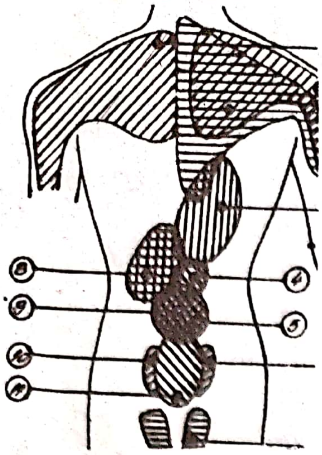
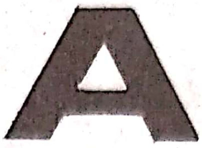
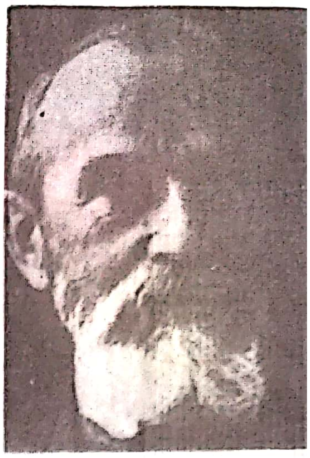
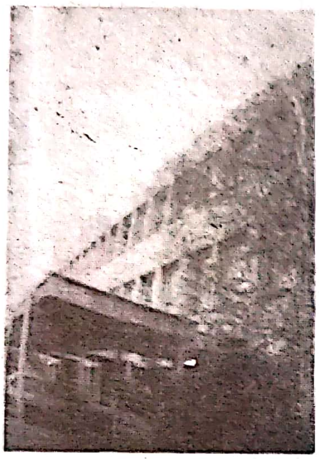
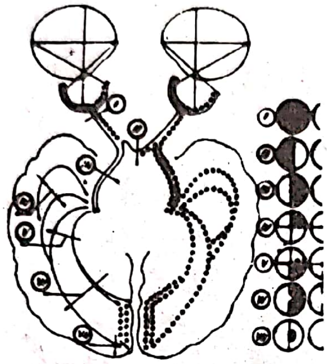
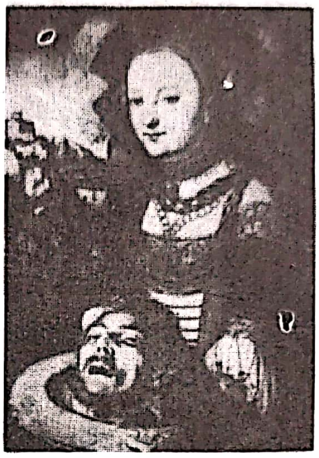
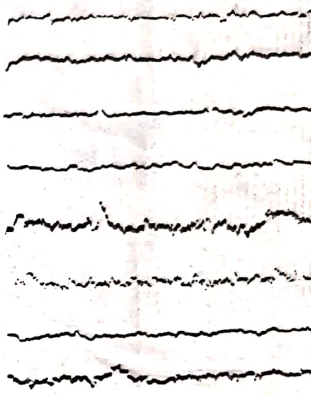
Dicționar enciclopedic de psihiatrie

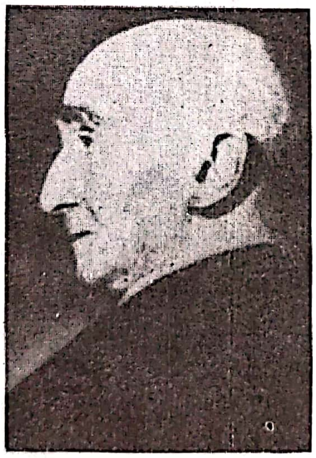
AD

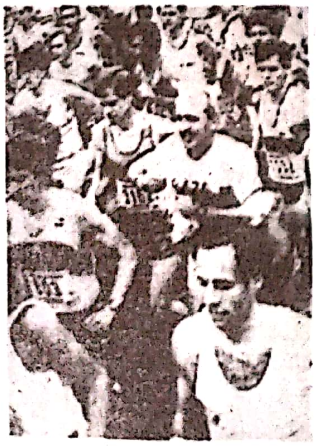
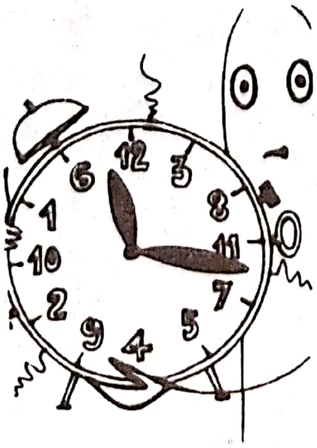
1

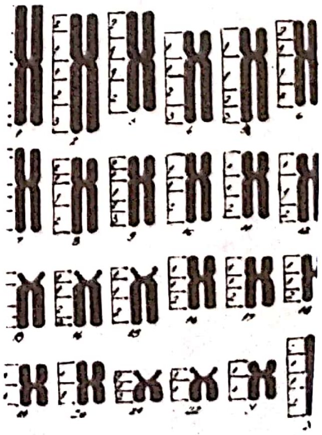
EDITURA MEDICALĂ



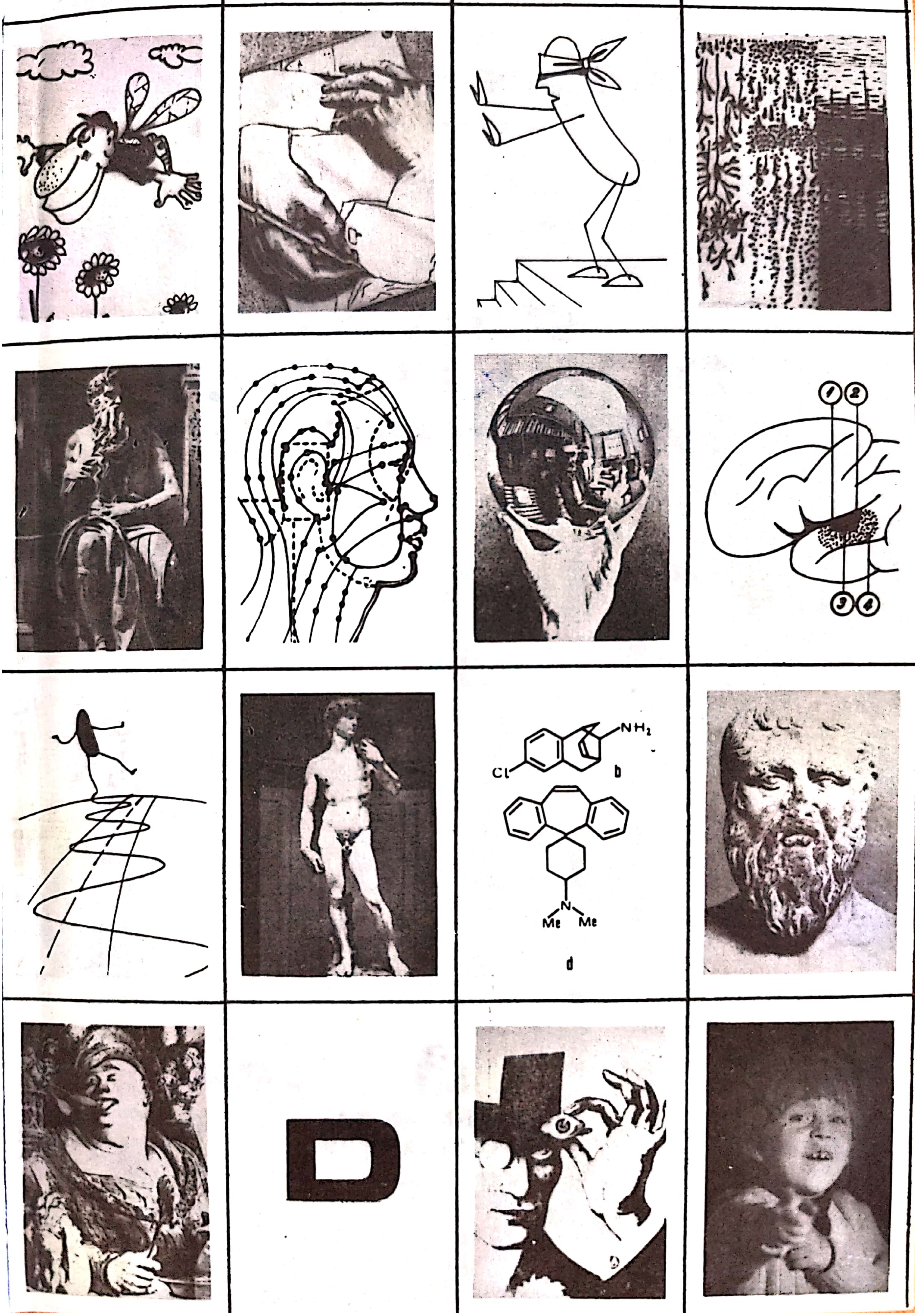











Scanned with OKEN Scanner



Scanned with OKEN Scanner

CONSTANTIN GORGOS

— sub redacţia —

DICŢIONAR ENCICLOPEDIC DE PSIHIATRIE

VOL. I

A–D

Scanned with OKEN Scanner

Lista autorilor

ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL
BARBU GABRIELA
BOTEZAT ANTONESCU ILEANA
BOTEZAT ANTONESCU LIVIU
CRĂCIUN DAN
GORGOS CONSTANTIN
LITINSCHI GHEORGHE
NĂSTASE ŞTEFANIA COCA
PĂUNESCU ADRIAN
PRELIPCEANU DAN

PUIU OLGA VALERIA
SĂNDULESCU MARIA CARMENA
STOLTZ GABRIELA
STROIAN GABRIELA
ŞANDOR VERONICA
ŞTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL
TALABAN ANDRUCOVICI IRENA
TUDOSE CĂTĂLINA
TUDOSE FLORIN

Grafica

CRIVĂŢ IRINA
HAIDUCU DANIELA

MITACHE MIRELA
VLĂDAIA VALERIA

Fotoreproduceri

BUNESCU MIRCEA

Coordonare lexicografică

IONESCU RUXĂNDOIU LILIANA, RUXĂNDOIU PAVEL

Referent ştiinţific

Prof. Dr. Doc. VASILE PREDESCU, Prof. dr. EDUARD PAMFIL

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Psihiatria și-a definit identitatea mai ales în ultimul secol deși izvoarele ei se pierd în multimilenara istorie a suferințelor umane. Din negura vremurilor, elementele ei, adesea fascinante prin apariția și desfășurarea lor nu rareori dramatică, au rămas ca fapte constatative care au ornamentat diversitatea patologiei umane cu acel „ceva" care depășea întotdeauna limitele explicației biologice. Iată de ce conturarea limitelor psihiatriei în drumul ei spre identificare este strîns legată nu numai de disciplinele care fundamentează teoretic și practic științele medicale (fiziologia, fiziopatologia, biochimia, electrofiziologia, genetica etc.) ci și de cele cu implicații profund psihosociale-antropologice.

De altfel, Psihiatria în țara noastră încă de la izvoarele ei cuprinde preocuparea de sănătate mintală și se conturează în elementele de statut al bolnavului psihic încă de la 1652 în pravilele voievodului muntean Vasile Lupu („Semnele nebuniei"), ele se legitimează în conceptele umanitare de îngrijire și tratament (instituții de cult, bolnițe și spitale). Prin publicațiile lui Alexandru Șuțu „Alienatul în fața societății", „Viața și materia" se conturează unele temeiuri de orientare materialist dialectică ale psihiatriei românești. Prin Alexandru Brăescu și Panaite Zosin în Moldova și prin Alexandru Obregia în Muntenia se statuează nu numai identitatea psihiatriei ca disciplină medicală, dar și interdisciplinaritatea ei. Acest sens este ilustrat de C. I. Parhon prin cunoștințele sale în domeniul biologiei, neurologiei, endocrinologiei și psihiatriei. În prima publicație „Boalele nervoase și mentale, prevenirea și tratamentul lor" a dr. Aurel Dobrescu, prefațată de Gh. Marinescu, se afirmă implicațiile sociale ale psihiatriei. Între publicații, o piatră de hotar a constituit-o „Tratatul de patologie neuro-mintală" al Profesorului C. I. Urechia și Dr. S. Mihăilescu, publicat în fascicule între 1924–1931, fascicule care sintetizează contribuțiile psihiatrilor români în general ca și contribuțiile inestimabile ale lui Alexandru Obregia și C. I. Parhon în special.

În cele două decenii care au urmat sînt de remarcat o serie de încercări de a tipări un manual românesc de psihiatrie. Acest deziderat neputînd fi atins s-a recurs la două traduceri din limba rusă, iar la București au fost succesiv litografiate „Lecțiile de psihiatrie" pentru studenți și specialiști.

În acest interval în care se fundamentau și primele planuri de sănătate mintală, în care era inclus ca sarcină fundamentală formarea în ritm alert de cadre de specialitate, a apărut „Terapia psihotropă" (1968), care prin conținutul ei aducea în scena lumii medicale românești nu numai ecourile revoluției terapiilor biologice în psihiatrie ci și deschiderea largă către fenomenele complexe ale asistenței bolnavilor psihici. Cu toată fascinația succeselor terapeutice biologice cu substanțe psihoactive, autorii subliniau că „boala mintală este inseparabilă de un complex social și se exprimă în primul rînd prin tulburarea raporturilor dintre individ și societate" (pag. 30) și afirmau că „De mare importanță în resocializarea bolnavului psihic este asistența socială — și ca atare în etapele succesive ale procesului de resocializare — societatea — cu elementele ei instituționale, trebuie să intervină pe o suprafață întinsă, fiind chemată să joace același rol esențial determinant ca și în cazul formării și dezvoltării psihicului uman în general" (pag. 31).

Și pentru a edifica poziția noastră — am subliniat odată cu eficiența terapeutică a psihotropelor — posibilitatea tratamentului ambulator și semiambulator a peste 82% din bolnavii psihici și ca atare am exclus ceea ce artificial s-a susținut ca opțiune a noastră pentru o asistență dominant spitalicească.

Apariția cărții „Psihiatria", 1976, a fost consemnată ca prima publicație românească de psihiatrie sub forma de manual sau tratat. Această lucrare ca și în „Terapia psihotropă", autorii nu și-au propus a le socoti puncte terminale și prin evocarea pioasă a contribuției tuturor înaintașilor psihiatriei române, ele au chemat și stimulat o serie de publicații monografice remarcabile: „Itinerar psihiatric" (P. Brânzei) prin care se reliefează conceptul bio-psiho-social în geneza bolilor psihice. „Psihozele", „Nevrozele", „Persoană și devenire" (E. Pamfil și D. Ogodescu), prin care se încearcă stabilirea unei dimensiuni antropologice legate de conceptul de trionticitate în relația individ-boală-lume. „Psihiatrie clinică — ghid alfabetic" (A. Sîrbu și colab.), realizează o nouă trecere în revistă a unor termeni de specialitate. „Urgențele psihiatrice" (Predescu, St. Nica-Udangiu și Lidia Nica-Udangiu), „Psihiatrie epidemiologică" și „Psihiatrie preventivă" (V. Anghelută, St. Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu) sînt lucrări care au importante implementări în studiul psihiatriei la nivel populațional.

Expansiunea către transdisciplinaritate recomandă psihiatria în prezentul ei modern, ca pe o disciplină medicală integrativă care implică o largă varietate a competențelor impuse de existența omului lumii contemporane.

Apariția în 1985 a unei lucrări originale „Vademecum în psihiatrie" (C. Gorgos, C. și F. Tudose, I. și L. Botezat-Antonescu) a reprezentat o nouă etapă în literatura psihiatrică românească. Textul concis, cu expunere metodică și accesibilă, al lucrării oferă atît studentului în medicină cît și medicului de orice specialitate posibilitatea de a-și însuși, bazele psihiatriei, ramură medicală cu care se confruntă zilnic lumea medicală. În plus Vademecum-ul reprezintă o platformă de plecare în formarea fiecărui psihiatru.

Folosind sursa informațională românească, plus literatura mondială de specialitate, autorii au elaborat „Enciclopedia", lucrare de calitate, în spiritul psihiatriei moderne și încadrată în conceptele „școlii românești de psihiatrie". Orientată către simptomțintă și terapie, lucrarea găsește imagini sugestive de descriere a marilor entități nozologice, a fenomenelor psihologice și sociologice care nu intră în sfera patologicului dar sînt adesea fundalul pe care pot evolua o serie diversă de disfuncții psihice.

Temerara tentativă a autorilor în dificila, dar justificata, punere în acord a terminologiei psihiatrice nu numai cu a altor ramuri medicale ci și cu a altor domenii științifice, fapt ce încearcă să îndeplinească ambițiosul deziderat de acoperire a zonelor de graniță între specialități în care, de regulă, exploratorul științific se teme de rătăcire în propriul demers, nu a eșuat. Tinerii autori au încercat să disece și să sintetizeze cunoștințele acumulate de literatura de specialitate privind acest „interval liber" cuprins între psihiatrie și fiziologie, fiziopatologie, neurochimie, endocrinologie, neurologie, sociologie, etnologie, antropologie, informatică etc. Efortul colectivului este merituos și apreciabil prin volumul și calitatea muncii depuse.

Prin claritate, lucrarea devine accesibilă nu numai psihiatrilor sau medicilor în general, ci și publicului larg, oameni de cultură care vor să-și îmbogățească cunoștințele în acest domeniu care este psihismul uman. Această accesibilitate a nespecialiștilor trebuie interpretată cu foarte mare discernămînt pentru că înțelegerea eronată a textului, a definițiilor etc., poate duce la unele confuzii nedorite.

Prin cantitatea de informații (peste 10 000 termeni), prin gradul de complexitate, „Enciclopedia" se înscrie între acele lucrări care apar cu minimă frecvență datorită volumului de muncă investit.

Avînd o concepție clară de redactare dublată de migala pasionatului artizan în ansamblarea capitolelor, „Enciclopedia" se constituie ca un manifest umanist pentru ceea ce înseamnă această frumoasă dar dificilă specialitate — psihiatria. Lucrarea nu face decît să deschidă porțile (în viitor) unor noi realizări mai actuale și mai cuprinzătoare pentru această specialitate.

Prof. dr. doc. V. PREDESCU

București, mai 1987

ARGUMENT

O dificultate pentru cel ce citește literatură medicală o constituie abundența de termeni proprii uneia sau alteia dintre specialități; în cazul psihiatriei, poate mai mult decît în oricare alt domeniu, aceasta poate reprezenta un dublu handicap: atît pentru cel ce dorește informația — și nu o poate dobîndi integral, cît și pentru cel care o oferă și riscă să nu fie înțeles.

Se afirmă că pentru a te face înțeles într-o limbă străină sînt necesare 400—600 de cuvinte, pentru a te descurca în jur de 1 000—1 500, de la 2 000 de cuvinte utilizate riști să devii un mic orator, iar de la 3 000—4 000 de cuvinte se vorbește de virtuozitate în stăpînirea unei limbi. În raport cu acest criteriu de comparație psihiatria, cu cei peste 10 000 de termeni pe care îi vehiculează, încetează de a fi o limbă — este deja o lume.

Scopul mărturisit al acestei lucrări este de a vă invita în această lume a sufletului, a marilor bucurii și suferințe umane, a speranței și decepției, a binelui și răului, a visului și realității, dar, în primul rînd, a dorinței de bine, frumos și dragoste — atribute definitorii omului.

Întrucît, potrivit unui vechi și nedezmințit dicton, cărțile, asemeni oamenilor își au, fiecare, soarta lor — habent sua fata libelli —, rămîne ca tu, drag cititor, acum sau mai tîrziu, să ne învrednicești cu verdictul tău.

CONSTANTIN GORGOS

Scanned with OKEN Scanner

LISTA ABREVIERILOR FOLOSITE ÎN TEXT

(B) = boală
cf. = conform
(D) = delir
(DCI) = denumire chimică internațională
(F) = fobie
(H) = halucinație
(I) = iluzie
limba arabă = arab.
limba engleză = engl.
limba franceză = fr.
limba germană = germ.
limba greacă = gr.
limba latină = lat.
(M) = medicament
(MC) = medicament compus
(R) = reacție
s = semn, simptom
(s) = sindrom
sin. = sinonim
(T) = test

Notă :
- toate titlurile articolelor sînt abreviate prin inițiale aldine verzale. De exemplu : ACTIVITATE NERVOASĂ SUPERIOARĂ = ANS ; AMNEZIE RETROGRADĂ = AR ș.a. ;
- săgeata (→) trimite spre articole conexe ;
- săgeata cu sinonim ($\xrightarrow{\text{sin.}}$) trimite spre articole sinonime.

AAAA
AAAAAA
AAAAAAAA
AAAA AAAA
AAAA AAAA
AAAA AAAA
AAAA AAAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAA AAAA

1. A ● — Prima literă a alfabetului limbii române;
— Interjecție sau prepoziție;
— Prefix cu sens negativ sau pozitiv (exemplu: anormal, abulic, alexie, apraxie etc.);
— Simbol sau abreviere:

● **A** — simbol utilizat în testul Rorschach pentru cotarea interpretărilor legate de formele ce pot sugera un animal. În varianta Ad, se utilizează pentru un segment sau parte din reprezentare. A% reprezintă, în cazul aceluiași test, numărul procentual de interpretări din numărul total de răspunsuri.

● **A.A.** — abreviere pentru astazoabazie → ASTAZOABAZIE;

● **A.A.A.**[s] **sindrom** — asocierea tulburărilor afazice, apraxice, agnozice întîlnite în demența presenilă de tip Altzheimer, oferind unul dintre elementele de marcă ale diagnosticului pozitiv și diferențial, izolate sau în asocieri binare; tulburările pot fi întîlnite în toate stările demențiale → ALZHEIMER[B] boală;

● **A.A.A.A.**[s] **sindrom** — sin. SINDROMUL CELOR 4 A ● Sindrom care reunește descrierea psihopatologică pe care BLEULER a făcut-o disocierii personalității (Spaltung). Simptomele fundamentale sînt:
— asociația anormală;
— afectivitatea modificată;
— ambivalența ideativă;
— autismul.
Aceste simptome constituie nucleul psihozei schizofrenice.

2. AARSKOG[s] **sindrom** — sin. SINDROMUL X FRAGIL ● Eredopatie cu determinare genetică; transmisie semidominantă legată de cromozomul X. Bolnavii cu acest sindrom sînt nanici, au membrele de dimensiuni reduse, diferite malformații ale degetelor de la mînă și picior, cu degetul mare opozant. Fața prezintă hiperteleorism și modificări ale piramidei nazale. Organele genitale pot de asemenea să fie malformate, prezentînd un „șal" scrotal deasupra penisului.

Tulburările mintale se caracterizează printr-un deficit intelectual de diferite grade (intre mediu și sever), la care se adaugă distractibilitatea atenției la copil, hiperkinezie și anxietate la adult. S-au semnalat de asemenea cazuri de asociere cu autismul infantil. Frecvența sindromului este, după autorii americani, de 1‰, din născuții masculi. În ultima vreme se încearcă depistarea precoce prin amniocenteză, dar rezultatele sînt încă discutabile.

3. ABADIE[s] **semn** ● Descris în 1905 în cadrul afecțiunilor psihiatrice de origine luetică — constă în pierderea sensibilității la apăsarea tendonului ahilian. Inițial, i s-a acordat o deosebită importanță clinică — ca și altor semne descrise în luesul nervos; după introducerea RBW, ele nu mai prezintă decît interes istoric.

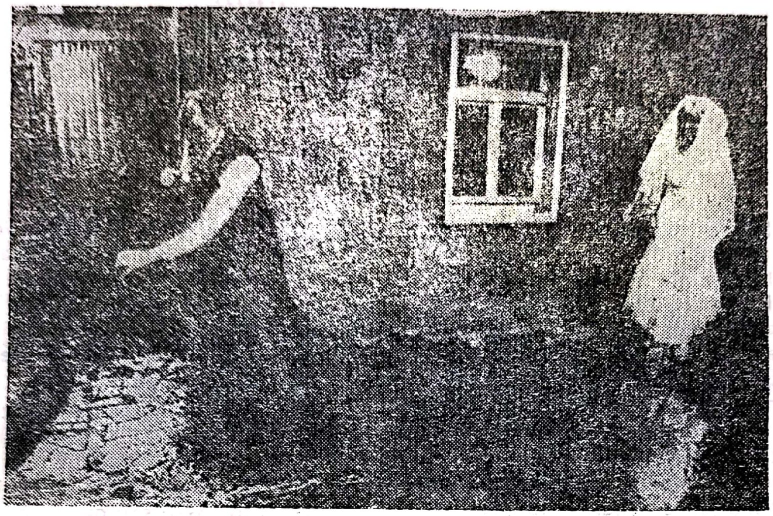
4. ABALIENARE (cf. lat. *ab* „de la"; *alienus* „care aparține altuia") ● Termen care nu se mai utilizează astăzi, dar care în antichitate (GALIEN) și în Evul Mediu (PARACELSUS) definea pierderea sau diminuarea, marcată și evidentă pentru anturaj, a facultăților mintale.

5. ABANDON (cf. fr. *abandon* „părăsirea unui lucru, persoane sau funcții") ● Termen cu multiple rezonanțe în psihiatrie, abandonul poate fi definit ca o modificare de durată a unor legături cu puternică semnificație afectivă, pe care subiectul le-a stabilit anterior. Această destrămare relațională implică întotdeauna un răspuns emoțional, care poate îmbrăca forme diverse și grade diferite de manifestare, precum și cei doi poli ai ecuației

Scanned with OKEN Scanner

— abandonatul și cel care abandonează — care pot fi în mod egal discutați.

Avînd o motivație (corectă sau incorectă), cel ce produce abandonul poate avea sentimentul — de moment sau de durată — de culpabilitate bilaterală. Acest lucru este universal recunoscut și majoritatea scalelor de stress clasează între primele evenimente pe cele de acest fel. De remarcat că acest tip de abandon se poate produce și în mod insidios,



Gerhard Weber

satisfacție (ușurare) sau de insatisfacție (regret); în genere însă, nu este frecventă atingerea pragurilor clinice la această categorie, în cazul regretului, existînd varianta corectării faptei și revenirii la vechea situație. Nu același lucru se întîmplă cu cei abandonați, la care se pot evidenția manifestări psihice de intensitate și durată variabilă, cu un colorit infinit, în funcție de structura și unicitatea fiecărei personalități, nivelul de instruire, vîrsta la care se produce acest abandon, existența unei situații psihopatologice latente și gradul de adaptare la noua situație.

Reacțiile de abandon se pot desfășura — în mare — pe două axe: depresie-stupoare-sinucidere, realizînd reacții de inhibiție, sau hiperemotivitate pitiatică-bufee delirante-raptusuri agresive, însoțite de reacții cu excitație psihomotorie. Reacțiile sînt, de obicei, urmare a abandonului brutal, survenit brusc, care găsește subiectul total nepregătit, ele putînd apărea însă și în cazul producerii lente, în anumite circumstanțe.

Abandonul în relația de cuplu familial generează, indiferent de motivația care-l produce, reacții care pot depăși nu o dată bariera nevrotică la subiecții abandonați, precum și o ca o lentă și permanentă răcire afectivă, care să conducă la abandonarea în fapt a partenerului de cuplu, în pofida unei relații aparente. Alcoolismul, stările depresive și dizarmoniile de personalitate sînt printre etiologiile psiniatrice cele mai frecvente ale acestui abandon.

În cazul instalării lente a abandonului, realizat fie ca act, fie ca situație (pseudoabandon), vom asista la organizarea sentimentului de abandon pe plan complex, sub forma unor procese nevrotice. Ch. ODIER și G. GUEX au descris o „nevroză de abandon" care ar aduce amplificarea temerilor, a anxietății, în legătură cu posibilitatea de a fi abandonat și, implicit, creșterea nevoii de securizare.

Explicația psihanalitică localizează în perioada pre-oedipiană fixarea acestui mecanism, chiar în absența unui abandon real în copilărie. Această discrepanță între sentimentul jenant de abandon pe care îl trăiește subiectul și realitatea obiectivă, se observă și la nevroticul matur, care nu rareori apelează la pseudologie, pentru a convinge auditoriul, sau la refugiul în boală, spre a realiza mila sau înțelegerea celui plecat și, mai ales, a anturajului pe care scontează să și-l alieze. Manifestările clinice

Scanned with OKEN Scanner

ale nevrozei vor purta amprenta structurii personalității și timpul va estompa intensitatea fenomenelor.

Nivelul psihotic de organizare a bolii în care este implicat abandonul este reprezentat de depresia psihotică — forma melancolică —, de delirul cronic de gelozie, de revendicare, de sentimentul prejudiciului material sau moral. Manifestările sînt întîlnite de obicei, fie la vîrste mai avansate, fie în cazul existenței unei situații psihopatologice latente.

Alcoolicul și ca el, orice toxicoman, nu-și abandonează familia decît ca prim pas în dezastrul de dezinvestire a lumii și realului pe care drogul îl provoacă, pe o cale care duce, în final, la abandonarea propriei condiții umane și la prăbușirea în nebuloasă.

La celălalt pol, se poate nota că nu o dată și familia poate fi cea care-l abandonează pe alcoolic (sau pe toxicoman), sub presiunea tot mai crescută a agresivității și egocentrismului acestuia, la care se adaugă, cu o frecvență deosebit de marcată, idei delirante de gelozie. Eșecul tentativelor de redresare angrenează accentuarea tendințelor centrifuge, cu ruperea legăturii afective cu alcoolicul.

Un fenomen cu o geneză asemănătoare, întîlnit mult mai rar și cu alte implicații asupra celor angrenați în relație, este cel al abandonării bolnavului psihic cronic. După faza de debut a bolii, cînd în majoritatea situațiilor există o suprainsistență familială în recuperarea cît mai rapidă a cazului, în condițiile unei evoluții nefavorabile, de lungă durată, sau ale unei succesiuni cu o frecvență deosebită a unor episoade, unele familii sau parteneri sînt tentați să-și abandoneze bolnavul, semnîndu-i, de fapt de abia în acel moment, un certificat în alb de incurabilitate. Acest abandon poate fi explicit (divorț, abandonarea în spital sau cămin-spital) sau implicit (lipsa de coerență în terapiile prescrise, reducerea bolnavului la un nivel vegetativ sau la un nivel de relaționare socială practic nul).

Acest lucru este și mai dramatic atunci cînd bolnavul este vîrstnic, iar abandonul înseamnă și o dezinvestire de atributele statutului social, și așa mult diminuate în mod firesc.

Sentimente puternice de abandonare pot avea și adolescenții care, în plină criză de dezvoltare, simt uneori nevoia unui sprijin mai accentuat din partea adulților. Familiile dezorganizate, părinții dizarmonici sau bolnavii mintal reprezintă doar cîteva dintre categoriile care nu pot acorda acest tip de ajutor, mai ales atunci cînd situațiile cu care se confruntă adolescentul sînt mai dramatice (eșecuri școlare, agresiuni sexuale sau impasuri sentimentale, infirmități fizice etc.). Reacția față de abandon poate lua în aceste cazuri, un caracter deosebit de dramatic, fapt care explică frecvența mai ridicată a tentativelor de suicid la această vîrstă.

Gama variată de situații existențiale în care se poate înregistra abandonul impune din partea psihiatrului o dublă direcționare: identificarea corectă a cazurilor de abandon și depistarea lor în patomorfoza tulburărilor analizate.

În general, nu există un raport direct între realitatea faptică și intensitatea trăirilor sentimentului de abandon, faptul fiind mai evident în cazul adolescentului și al vîrstnicului, pentru care problemele legate de abandon trebuie judecate critic și cu destulă circumspecție, și datorită apariției reacțiilor cu interval liber și amplificării pseudoabandonului. Vîrsta are o importanță marcată în instituirea și evoluția sentimentului de abandon, ceea ce obligă la o tratare aparte.

6. **ABANDONAREA DE SINE** ● Stare ce prezintă numeroase fațete, interesante pentru analiză datorită cauzelor, dimensiunilor și intensității trăirilor pe care le poate produce. Astfel, subiectul aflat în creuzetul unui proces creator (artistic, științific, social-politic etc.) va avea „momente" (de durată variabilă pe axa timpului), în care toată energia sa psihică, tot elanul său creativ, vor fi puse în slujba atingerii țelului propus, celelalte preocupări fiind părăsite vremelnic. Modul în care psihicul uman se organizează cîteodată în fața unei agresiuni psihogene — reacția afectivă, de intensitate nevrotică sau psihotică — poate oferi la un moment dat imaginea unei personalități care se abandonează, renunță să lupte, bate în retragere, adîncindu-se de obicei în culisele depresiei. Dintre personalitățile dizarmonice, paranoiacul nu se abandonează decît cauzei pentru care luptă neîncetat, și care devine temeiul abandonării realității. Tîrît de puternicele vînturi ale afectivității, atingînd nivelul unui uragan, depresivul sau maniacalul se abandonează pe panta ascendentă sau descendentă a imensului val care-l poartă în deruta existenței, nemaiputînd stăpîni frînele ținute de mîna rațiunii, diminuînd sau exagerînd nevoia de contact uman, într-un timp pe care fenomenologii îl descriu ca lipsit de dimensiunea viitorului. Numai schizofrenul este protagonistul monologului pe care-l recită singur, pe o scenă goală, aflată la o distanță imensă față de spectatori,

Scanned with OKEN Scanner

abandonîndu-se propriului rol, propriei lumi în care se scufundă. Apărător al unei „fortărețe pustii", el rămîne să se lupte cu tenebrele imaginarului abandonînd sentimentul realului.

7. **ABANDONIC** ● Termenul caracterizează subiecți care, nefiind copii în mod real abandonați, sînt caracterizați totuși printr-o aviditate afectivă insațiabilă, angoasă, asociată cu agresivitate reacțională, nonvalorizare de sine, atitudine catastrofică, tendințe regresive. Acestui buchet de simptome J. L. FAURE îi adaugă și o determinare constituțională, fizică și intelectuală, interesînd toți parametrii clasici.

Pentru psihanaliști (J. BOUTOUNIER, G. GUEX, D. LAGACHE, Ch. ODIER), modelul abandonicului a constituit începutul unei adevărate reacții în lanț, devenind suportul descrierii unei nevroze de abandon, a unei angoase de abandon, a unei fantasme de abandon, a unui abandon primar (al sugarului), al unuia secundar și chiar a unui complex de abandon, entități care n-au supraviețuit probei timpului.

Toate aceste elemente, care se referă în fond la un pseudoabandon, nu trebuie neglijate în cazul copiilor real abandonați, eveniment ale cărui amprente sînt de necontestat, inclusiv determinarea constituțională, evidențiată la aceste cazuri de Olimpia MACOVEI (1986) în recentul său studiu.

● *Abandon — complex :* termenul aparține lui GUEUX ; se confundă cu cel de NEVROZA DE ABANDON → ABANDON, COMPLEX, NEVROZA DE ABANDON.

8. **ABANDONUL BĂTRÎNULUI** ● Evenimentele ce pot conduce la sentimentul de abandon în această etapă sînt multiple și, deși previzibile, capătă totuși un răsunet deosebit, manifestîndu-se sub o mare varietate, atît a formelor cît și a intensității — depresii nevrotice sau psihotice (melancoliforme) cu risc suicidar, reacții ostile sau revendicative, idei de prejudiciu moral. Sentimentul de abandon cunoaște o cauzalitate legată, cel mai frecvent, de pierderea soțului (soției), a rudelor apropiate, de reducerea contactelor cu copiii, de scăderea activității zilnice prin pensionare sau handicap biologic. Reacția violentă la abandon a bărbaților rămași singuri prin decesul partenerei a atras atenția prin frecvența ei, net superioară celei înregistrate la femeile vîrstnice în aceeași situație. Printre multiplele explicații posibile, cea mai utilizată (deși evident nu și singura acceptată) este aceea a mecanismului de supapă reprezentată de activitățile menajere, care asigură o mai bună protecție, atît prin activitatea în sine, cît și prin continuitatea acesteia în raport cu perioada anterioară.

Este unanimă părerea că deteriorarea pe plan psihic în cadrul îmbătrînirii fiziologice avansează în progresie geometrică atunci cînd, dintr-un motiv sau altul, intervine sentimentul de abandon. Merită a fi menționată, în cazul vîrstnicilor, și situația „falsului abandon", trăit la fel de dureros ca și cel real, dar fără ca acesta să existe.

Bătrînul are într-adevăr nevoie, ca și copilul, de mai multă afecțiune și, în majoritatea cazurilor, el consideră că o și merită într-o măsură mai mare decît i se acordă, uitînd că afecțiunea dorită este normal să fie acum împărțită cu alții (copii, cuplu) — exact așa cum s-a întîmplat și în cazul lui, într-o etapă anterioară. Nu trebuie omisă nici dimensiunea timpului, care este total diferită ; în vreme ce unora le rămîne prea mult timp disponibil, care s-ar dori umplut cu cît mai multă afecțiune, ceilalți, deși păstrează afecțiunea, nu mai au timp spre a și-o putea manifesta. În cazul „falsului abandon", ar trebui să privim mai critic maxima lui LA ROCHEFOUCAULD : „Ingratitudinea cea mai odioasă, dar în același timp cea mai frecventă și mai veche, este aceea a copiilor față de părinții lor".

9. **ABANDONUL COPILULUI** ● Act care implică întotdeauna depășirea barierei normalului pentru a trece în patologic. Abandonul copilului a fost din toate timpurile și în toate societățile considerat nu numai un act patologic, ci și reprobabil. Existența unei tendințe naturale de protecție și atașament din partea părinților față de copil pune cu atît mai mult sub semnul tulburării psihice asemenea manifestări, cu cît ele se opun unui dat instinctual.

Societatea caută să compenseze prin instituții specializate incapacitatea psihoemoțională a genitorilor, atît prin leagăne și case ale copilului, cît și prin încurajarea adopțiunii.

Problema copilului abandonat nu este de fapt interesantă din punctul de vedere al celor care-l abandonează — categorie în care se încadrează alături de imaturitatea psihoafectivă, debilitatea mintală, endogeniile, alcoolismul, dizarmoniile grave de personalitate. De altfel, legea prevede pentru majoritatea acestor cazuri dreptul de întrerupere legală de sarcină pentru evitarea unui produs de concepție cu risc de abandon.

Problema deosebită este, de fapt, a celui abandonat, care va fi confruntat cu carențe afective cu atît mai intense, cu cît vîrsta abandonului a fost mai mică. Un exemplu

„experimental" îl oferă hospitalismul (SPITZ), fenomen care apare la sugarul internat perioade mai îndelungate, fără mamă, în unități spitalicești.

Abandonul copilului poate fi însă și „mascat", cînd în relațiile dintre părinți apar tensiuni cu potențial destructiv asupra familiei. Copilul devine un „exclus", care, receptîndu-și statutul, poate dezvolta o întreagă patologie nevrotică (regresivă după unii autori): ticuri, balbism, enurezis, anorexia infantilă.

Tratamentul acestor cazuri este, desigur, deosebit de dificil, pentru că adesea nu poate fi exclusă cauza nevrozei. Deși oferă descrierea unui tip infantil particular, pre-oedipian, avînd o structură caracterială și necesități afective în afara normalității, psihanaliza își recunoaște neputința totală în ceea ce privește terapia acestor cazuri.

Un ultim aspect este legat de apariția unor sentimente tranzitorii de abandon, atunci cînd în familie apare un frate mai mic care polarizează, bineînțeles temporar, atenția părinților. Depășirea unei astfel de situații se realizează, de obicei, fără intervenția medicului, iar atunci cînd acesta intervine, o face cu mijloace psihoterapice.

10. **ABAROGNOZIE** (cf. gr. *a* „lipsit de" ; *baros* „greutate" ; *gnosis* „cunoaștere") → BARAGNOZIE.

11. **ABASEV — KONSTANTINOVSCHI**(s) *sindrom* ● Denumire dată (după autorii care l-au descris) unui complex simptomatologic constînd din deteriorare mintală severă, cu debut brusc și evoluție cronică. Apare în urma unor tulburări importante ale circulației cerebrale și persistă, cronicizîndu-se, chiar dacă impasul hemodinamic a fost rezolvat.

12. **ABATERE** (cf. lat. *abbattere* „a se depărta") ● Termen prin care se definește, în general, îndepărtarea de la o normă (statistică, socială, juridică etc.). Cum aproape toate activitățile umane se desfășoară prin referință la un sistem de norme, abaterea poate apărea practic în multiple domenii : în tehnică, abaterea este definită de diferența dintre o mărime măsurată și valoarea ei considerată stas (de referință) ; în drept, este considerată a fi încălcarea de către subiect a unor norme stabilite și unanim acceptate ; în statistică, reprezintă diferența dintre valoarea măsurată, proprie unor variabile, și media tuturor variabilelor. În psihologie și psihiatrie, abaterea se referă la diferența care apare între comportamentul unui individ și cel al restului colectivității, sau la o îndepărtare față de comportamentul considerat normal, fără însă ca existența acestei diferențe să constituie neapărat o situație patologică. Exemplul tipic de abatere comportamentală este reprezentat de personalitatea dizarmonică. Conceptul de abatere presupune atît aspectul cantitativ, cît și pe cel calitativ, deoarece sistemele de referință folosite în analiza psihismului sînt extrem de complexe. Întreaga psihopatologie are în vedere aceste două axe ale abaterii, în referință directă la o bandă de variații corespunzătoare ca sistem al normalității.

13. **ABATERE STANDARD** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DEVIAȚIE STANDARD.

14. **ABAZIE** (cf. gr. *a* „lipsit de" ; *basis* „a merge") ● Termen introdus pentru a denumi imposibilitatea de a merge normal, asociată în general cu imposibilitatea de a sta în poziție verticală → ASTAZIE, care de regulă precedă abazia. Se întîlnește în afecțiuni organice ale sistemului nervos, dar și în nevroza isterică, la structurați dizarmonic de tip isteric, precum și în simulație, mai frecvent în cazul unor intelecte liminale sau la debilii mintal. Este necesară diferențierea abaziei de natură psihogenă (isterică) de cea neurologică (organică), prima caracterizîndu-se prin debut brusc, reactiv, și prin absența semnelor de organicitate medulară (absența modificării reflexelor) și a tulburărilor de sensibilitate (cu topografie paralelă), care, chiar dacă sînt prezente, au un caracter atipic. În determinările psihogene mișcările membrelor inferioare sînt, de obicei, perfect executate în poziția șezînd sau culcat.

15. **ABCES CEREBRAL** (cf. fr. *abcès-* ; *cérébral-*) ● Colecție purulentă bine determinată, situată în parenchimul cerebral, cu etiologie bacteriană, micotică sau parazitară, a cărei simptomatologie variază atît în funcție de stadiul evolutiv, cît și în raport cu localizarea, semnele psihice putînd preceda sau însoți tabloul neurologic. Poate fi vorba de abcese primare (mult mai rar), prin evoluția unei encefalite localizate spre abcedare, și (mult mai frecvent) de abcese secundare, provenite din supurația unei plăgi cranio-cerebrale, din propagarea prin continuitate a unor infecții de vecinătate (otite, otomastoidite) sau metastatice (la distanță): pulmonare, endocardice, pelviene. Germenii responsabili sînt deseori streptococul, stafilococul auriu, pneumococul, bacterii anaerobe, gram-negative,

Scanned with OKEN Scanner

de cele mai multe ori rezistente la antibiotice, determinînd singure sau în asociere abcesul. Elementele definitorii ale simptomatologiei legate de prezența unui abces sînt : tulburări psihice, semne neurologice, sub forma unei afectări cerebrale globale sau a unui sindrom facial ce poate indica sediul tumorii, sindrom infecțios acut, urmat de interval liber. Simptomatologia clinică poate fi reprezentată de tulburări psihice generale, prin suferința de ansamblu a encefalului, datorată efectelor toxico-infecțioase sau hipertensiunii intracraniene și de tulburări psihice de focar, datorate localizării particulare a abcesului.

Psihiatrul se confruntă mai ales cu aspectul confuzional pe care îl realizează sindromul de hipertensiune intracraniană în cazul existenței unei colecții mai importante (cefalee, vărsături, stază papilară, bradicardie). Sindromul confuzional se poate agrava progresiv spre comă, trecînd mai rapid sau mai lent prin toate stadiile acesteia. Debutul delirant-halucinator este rarisim.

Sindromul focal indică locul situării abcesului la nivelul parenchimului cerebral, conturînd tablouri clinice caracteristice, ce pot fi schematizate în : tulburări psihice permanente, tulburări psihice paroxistice și tulburări neurologice.

Sindromul infecțios acut (febră, frisoane, cefalee, astenie, scădere ponderală) produce, de obicei, tulburări psihice și neurologice, fiind urmat de o perioadă de latență de 1—4 săptămîni.

Diagnosticul pozitiv se realizează prin evidențierea tulburărilor psihice permanente, nespecifice, de intensitate fluctuantă, într-un interval scurt de timp (ore, zile), a tulburărilor psihice paroxistice (cu semnificație focală) și a celor neurologice (globale sau sindrom focal), precum și prin prezența unui sindrom infecțios în evoluție. Examenele paraclinice (EEG, arteriografia, scintigrama cerebrală, examenul fundului de ochi, tomografia computerizată) sînt de un real ajutor. Puncția lombară și encefalografia gazoasă sînt contraindicate atunci cînd se suspectează un abces, din cauza riscului angajării cerebelo-amigdaliene. De altfel, lichidul cefalo-rahidian nu apare modificat decît în situația ruperii abcesului în ventriculi sau subarahnoidian.

Diagnosticul diferențial este același cu al tumorilor cerebrale. Deși din ce în ce mai rar, datorită măsurilor de profilaxie și terapie a infecțiilor, abcesul obligă la o intervenție neurochirurgicală promptă.

16. ABCES DE FIXARE ● Veche metodă de tratament a unor suferințe psihice de intensitate psihotică, abandonată după 1920, practicarea ei ulterioară explicîndu-se prin carențele de informație medicală. Ideea utilizării unei asemenea metode pleacă de la observația clinică potrivit căreia simptomatologia psihică ar diminua sau chiar retroceda temporar după o afecțiune febrilă însoțită de delirium și convulsii. După 1900, JAUREG își concentrează observațiile asupra stărilor febrile din evoluția paraliziei generale progresive, constatînd, după consumarea acestora, o îmbunătățire a stării pacientului. Întrucît în epoca respectivă era greu de stăpînit un acces febril marcat (care putea fi fatal subiectului), el s-a gîndit la producerea febrei prin impaludarea bolnavilor de paralizie generală progresivă —, după ce încercase același lucru cu tuberculină și piocianină. Astfel, ia naștere în 1917 malarioterapia, care a reușit să obțină, în acel timp, unele rezultate pentru evoluția paraliziei generale progresive (fiind, de altfel, singura metodă utilizată în terapia acestor boli pînă la apariția penicilinei). Încercarea de a obține puseul febril prin realizarea unui abces nu a dus la rezultatele scontate. În 1920, într-o foarte interesantă lucrare, JAUREG arată absența oricărui rezultat atît în tratarea restului psihozelor prin malarioterapie, cît și în tratarea paraliziei generale progresive prin abcesul de fixare. El demonstrează astfel nu numai acțiunea malarioterapiei exclusiv în paralizia generală progresivă, ci și inutilitatea continuării încercărilor terapeutice legate de abcesul de fixare. Din motive greu de imaginat, metoda a continuat să fie încercată, evident fără succes, în stări confuzionale (ROZIES — 1921 ; PASCAL — 1924). Mai mult, DESCHAMPS și CHRABOLOWSKA o vor utiliza pînă în 1937 în mod sistematic, susținînd, în cadrul unui important congres internațional, că „abcesul de fixare, dacă nu vindecă, cel puțin accelerează evoluția favorabilă a confuzului agitat" (eleganța eufemistică a formulării merită a fi reținută). Pînă la descoperirea unor psihotrope adevărate, pentru reducerea intensității reacției locale, GUIRAUD recomandă înlocuirea esenței cu uleiul de terebentină, care permite o piretoterapie mai de durată (1940). Metoda aparține astăzi doar istoriei psihiatriei.

17. ABELY[8] semn ● Tendință a bolnavilor de a se examina atent și insistent în oglindă, în special în regiunea feței. Verificare compensatorie a dismorfofobiei, semnul Abely se întîlnește în debutul schizofreniei și al unor psihoze paranoid-hipocondriace. Poate îmbrăca, cu timpul, un caracter stereotip. Este

destul de greu de diferențiat la vîrsta respectivă de tendința unor adolescenți de a se privi excesiv în oglindă.

18. ABDICARE (cf. lat. *abdicare* „a renunța") • Atitudine de renunțare la luptă, de resemnare în fața greutăților existenței materiale și spirituale, de demisie ; situație în care subiectul abandonează orice tentativă de acțiune pe care i-o impune rațiunea, lăsîndu-se covîrșit de povara afectelor negative care-i paralizează voința. Constituie unul dintre mecanismele de producere a reacțiilor nevrotice. Prezentă și în tablourile psihotice, abdicarea în fața simptomatologiei, cu care subiectul se simte incapabil de a continua lupta, este un semn de gravitate și poate fi urmată de suicid.

19. ABERAȚIE (cf. lat. *aberrare* „a se rătăci, a se depărta") • Termen ce definește o abatere de formă, structură și funcție de la tipul normal (majoritar). Prin extensie, termenul a căpătat o utilizare mai mult sau mai puțin corectă, în sensul de idee, noțiune, comportament sau structură — aberante, ca echivalent al patologicului.

20. ABERAȚIE ALIMENTARĂ • Categorie de tulburări ale comportamentului alimentar cuprinzînd :

- *tulburări ale secvențializării normale* a actelor care precedă digestia → MERICISMUL ;
- *tulburări constînd în ingestia de substanțe nonalimentare* — paraoroxiile → PICA, APSOMANIA, COPROFAGIA.

Aberațiile alimentare pot fi pasagere (pica, apsomania la copil sau adult) sau pot face parte din tabloul simptomatic al unor stări deficitare importante (oligofrenii, demențe) sau dizarmonii structurale grave ale personalității (mericismul, coprofagia). S-a constatat o corelație semnificativ pozitivă între apariția coprofagiei la copil și comportamentul ostil inconștient sau starea depresivă a mamei.

Din punct de vedere psihanalitic, pica apare ca o apărare împotriva pierderii sentimentului de securitate cu sau fără abandon real, iar coprofagia la schizofreni ca fenomen de regresie la stadiul oral.

21. ABERAȚIE CROMATICĂ (cf. gr. *chroma* „culoare") • Tulburare a analizatorului optic, constînd din percepția unor imagini lipsite de claritate, uneori înconjurate de cercuri colorate. Tulburarea se datorește unui defect de refracție a radiațiilor luminoase de diferite lungimi de undă (exemplu, „miopia" la culoarea albastră). Element util în diagnosticul diferențial al halucinațiilor, mai ales la copii.

22. ABERAȚIE CROMOZOMIALĂ (cf. gr. *soma* „corp") • Modificări cu efect patogen privind numărul sau structura cromozomilor. Materialul cromozomial poate fi în exces sau în minus. Poliploidiile sînt aberații numerice în care întregul set cromozomial este afectat (numărul cromozomilor fiind multiplu de n-triploidie, tetraploidie etc.). Aneuploidiile (monozomia, trisomia, polisomia) sînt tot aberații numerice referitoare la unul sau mai mulți cromozomi din garnitura diploidă. În cazul aberațiilor numerice, cauza cea mai frecventă este nondisjuncția (lipsa de separare și migrare a cromatidelor). Aberațiile privind structura cromozomilor au efect patogen mai mare. Amintim dintre acestea deleția, translocația, duplicația, inversiunea etc.). Alături de anomaliile morfologice și viscerale pe care le induc aberațiile cromozomiale, se citează frecvent și diverse grade de întîrziere mintală, structurări dizarmonice ale personalității etc.

În ordinea frecvenței, dintre aberațiile numerice autosomale se situează trisomia 21 sau sindromul Langdon-Down, idioție mongoloidă* (47, XY+21 ; 47, XX+G), în care întîrzierea mintală este evidentă (QI sub 60—70). La adulți se manifestă episoade psihotice, demențe senile. În poligonosomii (exces de cromozomi sexuali), ca în cazul sindromului Klinefelter (47, XXY) se descriu tulburări de personalitate cu imaturitate și elemente schizoide, riscul delincvenței este crescut (aceasta fiind secundară tulburărilor de comportament), se manifestă tendința spre perversiuni sexuale. Sindromul a fost observat ca avînd o incidență crescută în rîndul bolnavilor schizofrenici ; QI este în general de 80. În sindroamele 48, XXYY și 47, XYY tendința spre delincvență este și mai crescută, iar întîrzierea mintală mai accentuată. HASHI citează o rată crescută a trisomiei X (47, XXX) la schizofreni.

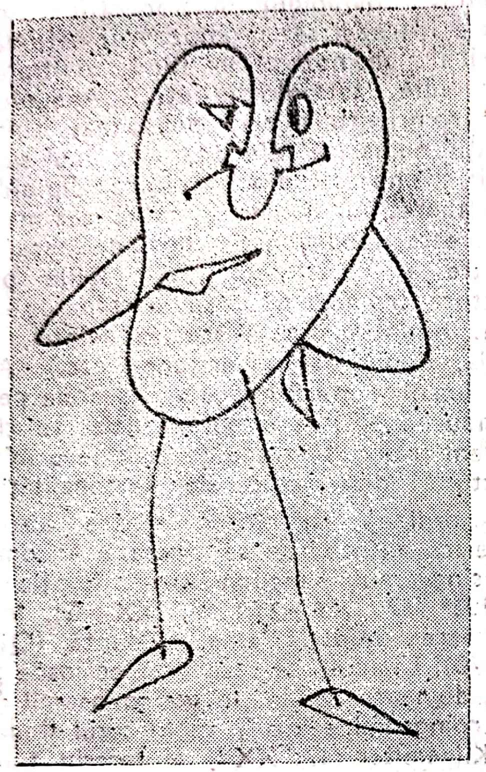
Aberațiile cromozomiale cu deficit de cromozomi sexuali : sindromul Turner — monosomia X — (45, XO), determină, printre altele, o întîrziere mintală mai ușoară.

Afectarea autosomilor induce deci pe plan psihic întîrziere mintală, iar aberațiile gonosomilor dau tulburări de comportament, predispoziție pentru delincvență sau sindroame de tip schizofrenic, dar un grad mai redus de întîrziere mintală. Observarea unei incidențe

* Denumire neacceptată de OMS în momentul de față.

524.346

crescute a delincvenţei la unii subiecţi cu aberaţii cromozomiale a dus la formarea unei ipoteze potrivit căreia ar exista un „cromozom al crimei". Patricia JACOBS a lansat această idee în 1965, cromozomul „criminal" fiind



un Y suplimentar. Purtătorii acestui defect genetic au căpătat astfel titlul, puţin invidiat, de „criminali înnăscuţi". A fost necesar să treacă aproape un deceniu pînă s-a demonstrat (MEDNICK) că ipoteza cercetătoarei scoţiene este nefondată. Aberaţiile cromozomiale îşi au mai frecvent originea în influenţa exercitată de factori externi şi interni în momentul formării gameţilor sau în timpul primelor diviziuni ale oului, iar uneori sînt ereditare.

23. **ABERAŢIE MINTALĂ** ● Termen astăzi puţin uzitat, imprecis delimitat, care desemna devierea, în genere pasageră de la normal a unei judecăţi, fie prin deformarea percepţiei, fie prin interpretarea greşită a realităţii. A avut sensul fie de tulburare mintală, fie chiar de boală ; cînd este total pasageră reprezintă un demn model a ceea ce în limbajul curent se numeşte o prostie.

24. **ABERAŢIE SEXUALĂ** ● Termen vechi, folosit pentru a desemna o perversiune sexuală sin. → PERVERSIUNI SEXUALE.

25. **ABESTA**(M) Franţa — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ — derivat alcaloid rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat — cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

26. **ABETALIPOPROTEINEMIE** — sin. ACANTOCITOZĂ ; DEGENERESCENŢĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ ŞI STEATOREE —sin.→ BASSEN-KORN ZWEIG(B) boală.

27. **ABILIT**(M) Japonia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv — derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil) metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile NL incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, este util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive şi în psihosomatică. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

28. **ABILITATE** (cf. lat. *habilitas* „aptitudine, facultate" ; cf. şi *habilis* „uşor de minuit, uşor de adaptat, potrivit") — sin. DEXTERITATE ; DIBĂCIE ; INGENIOZITATE ; ISCUSINŢĂ ; ÎNDEMÎNARE ● Termen care, în sine sau prin sinonimele sale, desemnează substratul constituţional sau dobîndit al unor calităţi ale proceselor psihice antrenate în rezolvarea unor sarcini concrete (în sens de uşurinţă, rapiditate, precizie şi calitate superioară în executarea unor acţiuni musculare, manuale) cit şi maniera de comportare în anumite situaţii (strategia de sustragere „*diplomatică*" a unei persoane din faţa unor situaţii ambigue coercitive, decizionale, riscante sau presupunînd responsabilităţi crescute). Abilitatea constituie fundamentul pentru formarea şi utilizarea corespunzătoare a deprinderilor şi cunoştinţelor.

29. **ABIOTROFIC** (cf. gr. *a, an* „lipsit de" ; *bios* „viaţă" ; *trophe* „nutriţie") ● Desemnează diminuarea prematură a vitalităţii celulelor organelor sau a organismului în întregime, atribuită unor afecţiuni ereditare şi familiale (datorate unor anomalii genetice) sau lipsei factorilor nutritivi. Gradul de distrofie este evaluat după deficitul ponderal, prezenţa palorii, a tegumentelor uscate şi ridate, după lipsa de reactivitate (de elan) sau lentoare în dezvoltarea psihomotorie a copilului, vulnerabilitatea la boală etc. Abiotrofia poate să deter-

mine insuficiența funcțională a unor grupe sau sisteme neuronale sau să împiedice completa lor dezvoltare, ceea ce antrenează fenomene degenerative. Exemplu: coreea Huntington, boala Friedriech, idioția amaurotică Tay-Sachs, epilepsia mioclonică, boala Wilson, boala Parkinson, demențele presenile Alzheimer și Pick. Încercările de a explica prin abiotrofie bolile psihice în totalitatea lor au eșuat. Astfel, LEWIS susținea că în schizofrenie există o hipoplazie cardiacă și o insuficiență funcțională a cordului și punea pe seama acestor tulburări abiotrofice tendințele autiste ale schizofrenului; GOWERS considera demențele drept produsul unei viabilități limitate a celulelor nervoase abiotrofice; toate aceste concepții, depășite azi, nu au ținut seama de gradul de diferențiere a bolilor după criterii morfoclinice.

30. **ABIS-ABISAL** (cf. lat. *abyssus* „prăpastie, abis") ● Preluat din filozofie, termenul semnifică, prin opoziție cu superficialul și direct observabilul, ceea ce ține de straturile sau nivelurile profunde ale persoanei, care nu sînt direct accesibile conștiinței. Se poate afirma că psihanaliza, ca psihologie abisală a vieții inconștiente, a apărut ca o reacție la psihologia tradițională a conștiinței, de tip wundtian. Explorarea inconștientului se realizează pe baza testelor proiective (Rorschach, TAT, CAT, Jung etc.) și a diferitelor tehnici psihoterapeutice (psihanaliza, artterapia, psihodrama etc.) care stimulează „proiecția", sau prin analiza simptomelor nevrotice, a viselor, lapsusurilor, actelor ratate. Nuanța de abisal se va aplica nu numai psihanalizei freudiene, ci și altor psihologii cu sorginte în școala de la Viena: psihologia individuală adleriană (care nu respinge punctul de vedere generic al lui FREUD, ci doar schimbă accentul de pe teoria libidoului pe complexul de inferioritate), psihologia analitică jungiană (care, de asemenea, admite ideea inconștientului ca factor dinamizator al relației cu lumea, dar dezvoltă mult această noțiune, adăugînd inconștientului ontogenetic pe cel ancestral, arhetipal, care este filogenetic). În aceeași categorie a psihologiilor abisale, poate fi integrată școala neofreudistă (FROMM, HORNEY etc.).

31. **ABLACTAȚIE** (cf. lat. *ablactatio* „înțărcare") ● Încetarea alăptării copilului de către mamă. Cu multă vreme înainte, pe seama acestui moment au fost puse, de către credințele populare, manifestările psihopatologice ale post-partumului („urcarea laptelui la cap"). S-au emis ipoteze despre rolul pe care modificarea constelației endocrine produse de ablactație îl are în declanșarea psihozelor post partum. Pentru psihanaliști, ablactația, ca suprimare parțială a alimentației lactate, ca trecere la alimentația diversificată și separare relativă de corpul mamei, nu marchează obligatoriu sfîrșitul stadiului oral, dar modalitatea de separare, modificările relației mamă-copil, motivele profunde care grăbesc sau întîrzie momentul ablactației (rejectarea copilului sau fixarea compensatorie, nevrotică la copil) pot determina fixații orale, responsabile de tulburările psihice ulterioare. Tentativa de a explica, cel puțin parțial, apariția unor toxicomanii și a unor psihoze prin acest mecanism nu reprezintă decît un mod de a găsi o explicație și nu neapărat o realitate.

32. **ABLEPSIE** (cf. gr. *a-*; *blephsis* „vedere") sin.
→ CECITATE.

33. **ABLUTOMANIE** (cf. lat. *ablutio* „spălare"; gr. *mania* „nebunie") ● Acțiune impulsivă a subiectului de a-și spăla în mod exagerat și repetat mîinile și, în cazuri mai rare, întregul corp.

Descrisă de ESQUIROL (1838) ca însoțind delirul de contact (folie du toucher), ablutomania are rolul de a descărca anxietatea generată de ideea obsesivă și ia, deseori, aspect de ritual. Poate atinge desfășurări dramatice, unii bolnavi consumînd cantități enorme de săpun, în raport cu normalul, sau producîndu-și prin spălare afecțiuni ale pielii mîinilor. Apariția ablutomaniei într-un tablou de tip obsesivo-fobic este, după unii autori, un semn de gravitate. Ablutomania se poate întîlni și în psihozele schizofrenice, în care spălarea devine un act simbolic, purificator de păcat (cel mai adesea, legat de activitățile masturbatorii).

Tratamentul acestui simptom se face în cadrul afecțiunii de bază, deseori însă fiind deosebit de dificil de rezolvat.

34. **ABNORMALITATE** (cf. lat. *ab-*; fr. *normal*) ● Termen mai puțin utilizat, care desemnează o abatere cu plus sau minus de la limitele normalului. Acreditarea sa spre a desemna absența semnificației patologice nu corespunde realității, întrucît ceea ce nu este normal nu poate fi definit ca nepatologic. Încercarea de revitalizare a termenului prin considerarea abnormalității drept diviziune a psihologiei care s-ar ocupa de studiul tulburărilor psihice este dificil de acceptat și nerelevantă.

35. **ABRAHAM Karl** (1877—1925) ● Psihiatru și psihanalist german, care are meritul de a fi introdus opera lui FREUD în psihiatria

BIBLIOTECA JUDEȚEANĂ „GH ASACHI" IAȘI
524.346

germană. Îşi începe activitatea la Zürich, în Clinica Burghölzli, ca asistent al lui BLEULER, avîndu-l coleg pe JUNG. În această perioadă vine în contact cu opera lui FREUD, pe care în 1907 îl va cunoaşte personal şi cu care va purta o vastă corespondenţă pe teme variate, dintre care mai bine conturate ar fi aspectele privind utilizarea narcoticelor în masturbaţie, ceremonialele amoroase, căsătorii consanguine, autoerotism şi pulsiunile anale. În 1910 înfiinţează „Mica societate psihanalitică berlineză", care, în 1920, va deveni Institutul de formare şi terapeutică — primul loc în lume unde se va acorda asistenţă medicală celor ce nu-şi puteau permite costul unei cure psihanalitice. În ultimul an al vieţii (cancer pulmonar la 47 ani) este ales preşedinte al Asociaţiei psihanalitice internaţionale, în cadrul căreia a încercat încă o dată ceea ce nu reuşise timp de un deceniu: împăcarea lui JUNG cu FREUD. A fost un distins clinician, cu o largă serie de preocupări: nevroza de război, dezvoltarea libidoului, erotismul anal, abordarea psihanalitică a psihozelor — schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă — şi a demenţelor. Continuatoarea operei sale a fost Melanie KLEIN.

36. ABREACŢIE (cf. lat. *ab-* ş *reagere* „a reacţiona") ● Descărcare emoţională avînd drept urmare eliberarea de un afect legat de amintirea unui eveniment traumatic, modalitate prin care afectul nu devine patogen. Această descărcare emoţională (abreacţie) produce un efect de catharsis. Poate fi provocată în cursul psihoterapiei sau sub hipnoză, dar are loc şi în mod spontan, la un interval de timp mai lung sau mai scurt de la traumatismul iniţial. Termenul a fost introdus de BREUER şi FREUD — în etapa vechii lor „colaborări fiziologice", în sensul de acţiune la distanţă.

Persistenţa afectului legat de amintire depinde, în primul rînd, de modul particular în care persoana reacţionează la o situaţie anume, la un eveniment: dacă respectiva reacţie este suficient de intensă, afectul legat de un eveniment dispare; dacă reacţia este suprimată, afectul rămîne legat de amintirea evenimentului. Abreacţia este o modalitate normală prin care persoana reacţionează la un eveniment, evitînd astfel legarea unui afect intens de acest eveniment. În „Studii asupra isteriei", FREUD vorbeşte despre procesul abreacţiei ca despre un travaliu de rememorare şi de elaborare psihică, pe parcursul căruia acelaşi afect este reactualizat şi intensificat în legătură cu amintirea diferitelor evenimente care l-au provocat.

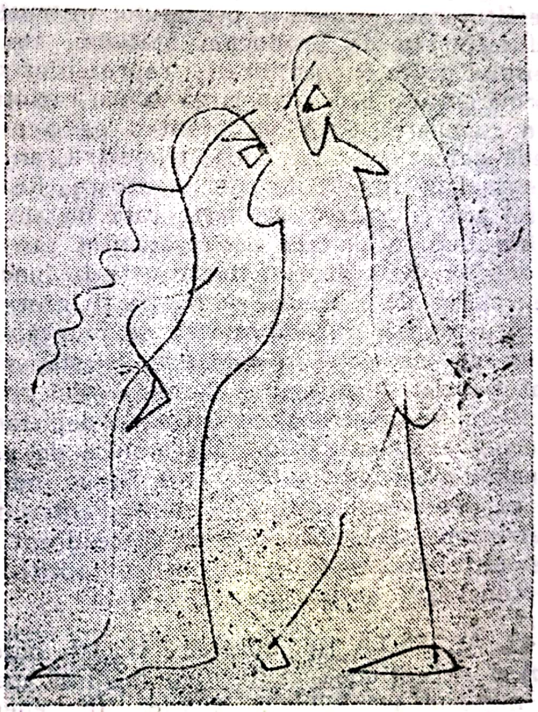
Abreacţia spontană, ca reacţie adecvată la eveniment şi relativ apropiată de acesta, este, un timp, calea normală prin care evenimentul nu păstrează o încărcătură afectivă ce poate deveni patogenă. După BREUER şi FREUD, trei sînt condiţiile care blochează reacţia adecvată la un eveniment traumatic: starea psihică din momentul producerii evenimentului, circumstanţele sociale care obligă la reţinerea sau reprimarea reacţiei şi semnificaţia evenimentului care trebuie uitat, refulat, scos din cîmpul conştiinţei. Blocarea unor conduite verbale, emoţionale, a reacţiilor voluntare şi involuntare la evenimente traumatice are ca efect subzistenţa (în stare inconştientă şi izolată de cursul normal al gîndirii) unor grupuri de reprezentări ce stau la originea simptomelor nevrotice — conform S. FREUD, „Mecanismul psihic al fenomenelor isterice". Scopurile urmărite iniţial cu ajutorul hipnozei (BREUER în „Metoda cathartică") erau rememorarea, determinarea evenimentului ca factor provocator de simptom şi abreacţia, descărcare afectivă conştientă. Evoluţia teoriei şi practicii psihanalitice impune renunţarea la hipnoză şi nu mai vizează exclusiv abreacţia, care rămîne un fenomen constant al curei, considerate în aspectele ei de rememorare şi repetare. În cazul în care abreacţia nu se produce, în inconştient rămîn reprezentări care stau la originea unor simptome. Pentru ca efectul cathartic să se producă este necesar ca reacţia să fie adecvată. În trecerea de la inconştient la conştient (JONES) a unui complex, a unei tendinţe sau a unei dorinţe, procesul abreacţiei constă în diseminarea ansamblului afectiv (difuzarea sentimentului în psihism), utilizarea sa normală şi canalizarea în direcţia derivată. Conştientizarea unui complex (inconştient) revine la o asimilare a acestuia, asimilare ce se exprimă printr-o atitudine adecvată faţă de conţinutul complexului şi la care se ajunge prin mai multe modalităţi una dintre ele fiind abreacţia. În cadrul metodei cathartice, abreacţia este considerată importantă în eficacitatea psihoterapiei analitice. Ea rămîne un proces prezent şi specific pentru cura psihanalitică, întrucît această cură presupune nu doar o rememorare, ci şi o repetiţie. „Partea decisivă a travaliului psihanalitic constă în (...) a crea reeditări ale vechiului conflict, în aşa fel încît subiectul să se comporte cum s-a mai comportat în acele situaţii conflictuale, dar implicînd, de data aceasta, toate forţele psihice disponibile pentru aflarea unei soluţii diferite". Astfel noţiunile de transfer, elaborare, „mise en act" se referă la manifestări sau procese specifice curei psihanalitice şi sînt în legătură cu abreacţia, fără

a se reduce la simple descărcări emoționale, care eliberează de un afect traumatizant. Rememorarea evenimentului traumatizant și lichidarea, descărcarea afectului legat de acesta ca scop în sine, rămîne apanajul unor metode psihoterapeutice ca hipnoza sau terapia prin joc la copii, în care abreacția poate fi ludică și simbolică, nu numai limitativ verbală, ca în psihoterapiile de inspirație psihanalitică. Abreacția poate fi provocată de diverși agenți chimici, ca în subnarcoza cu barbiturice sau cu ajutorul altor substanțe cum ar fi eterul (H. CLAUDE), scopocloralul (BARUK), amfetamine (DELAY). J. DELAY a utilizat amfetamine în cantități mari, administrate intravenos (șoc amfetaminic), pentru a obține cathrsisul la schizofreni și în blocajele pitiatice.

37. **ABREVIERE** (cf. lat. *brevitas* „scurtime") ● Prescurtarea în comunicarea scrisă sau vorbită a unuia sau mai multor cuvinte. Atunci cînd această operație se referă la lucruri unanim acceptate și convenite, exemplu : CFR, PTT etc., are sensul de mai sus. În cazul unor afecțiuni psihice însă, ne putem întîlni cu acest gen de operație fără sens sau în abuz, fără a avea semnificație decît, eventual, pentru persoana în cauză (exemplu : SPIMIN — spital de boli mintale, ASPIP — asociația pentru prinderea pisicilor etc.). Salata de cuvinte poate fi considerată uneori o abreviere multiplă sau repetată sau o abreviere schizofrenă.

38. **ABRUTKOV-ENICHEET** — scală ● Introdusă de către cei doi autori, în 1917, pentru etalonarea remisiei în schizofrenie și orientată după un model tridimensional. Cuprinde indici privitori la gradul de manifestare a simptomatologiei deficitare, a celei productive din punct de vedere psihopatologic și a tipului clinic al sindromului de remisie. Totodată, sînt luate în considerație separat aspectele clinice, sociale și de integrare în muncă, legate de nivelul la care s-a făcut remisia episodului schizofrenic.

39. **ABRUTIZARE** (cf. lat. *brutus* „inert, fără judecată" ; *brutescere* „a se abruzita") — sin. DEZUMANIZARE ; ANIMALIZARE ● Încălcare a unor condiții sau atribuții privind rolul și statutul noțiunii definitorii pentru condiția umană, datorită fie patologiei mintale (ca în cazul consumului de droguri sau alcool, cînd asistăm la transformarea individului dependent de toxic într-o ființă care nu mai are decît dorința de a-l consuma, dezinserția socio-familială, marginalizarea, ca și deteriorarea intelectuală ducînd la abruzitarea subiectului), fie unor condiții excepționale de spitalizare (inumane). La sfîrșitul secolului al XVIII-lea, sub influența ideilor iluministe, medicii — și nu numai ei — se apropie mai mult de suferinzii psihici, dezvăluind condițiile abruti-



zante în care aceștia erau ținuți. Apariția sistemului azilar al tratamentelor morale a făcut dovada practică a rolului nefast pe care aceste condiții le aveau asupra bolnavului. Boala psihică este o boală ca oricare alta, iar bolnavul psihic — un suferind ca oricare altul. Avînd însă în vedere particularitățile bolii psihice și situația de handicapat pe care o are subiectul, condițiile de îngrijire ar trebui să fie cu mult superioare altor situații de boală, necesitînd nu numai supraveghere și îngrijire deosebită, ci și o considerație aparte pentru persoana aflată în acest impas.

40. **ABSENT-STATE** (engl. „stare de absență") ● Stare caracteristică subiecților cu afecțiuni ale lobului temporal, în care se evidențiază fenomenele de vid în gîndire, paralizia acesteia, dreamy-state. Pot fi semnalate de asemenea crize uncinate, dar și stări în care subiectul reactivează în memorie perioade îndelungate din viața sa („panoramic memory").

41. **ABSENTEISM** (fr. *absentéisme*) ● Noţiune din limbajul sociologiei şi psihologiei industriale, desemnînd asbenţa de la locul de muncă sau de la activitatea şcolară organizată. Absenteismul are multiple implicaţii psihosociale şi economico-organizatorice, afectînd desfăşurarea normală a procesului instructiv-educativ sau de producţie. Statistic, absenteismul poate fi cuantificat şi reprezentat sub formă grafică, prin raportarea valorii rezultate din cumularea timpilor absentaţi pe o perioadă determinată (zi, lună, trimestru, an) la numărul prestabilit de zile lucrătoare. Rezultatul acestui raport defineşte rata de absenteism dintr-o unitate de învăţămînt sau de producţie. Rata de absenteism este în funcţie de : starea de sănătate, motivaţia şi interesul pentru muncă, atitudinea faţă de muncă, nivelul de instrucţie şi educaţie, vîrstă, sex, statut social. În psihiatrie, absenteismul poate constitui fie un semnal de alarmă în depistarea precoce a structurărilor dizarmonice de personalitate la copii şi adolescenţi, fie un indiciu de confirmare a acestora la adult. Pentru psihiatrii americani, absenteismul apare drept un element important în diagnosticul pozitiv al personalităţii antisociale.

42. **ABSENŢĂ** (fr. *absence* ; cf. lat. *absentia*) ● Accepţiunea ca termen medical apare la mijlocul secolului al XIX-lea. În genere, desemnează diminuarea mai mult sau mai puţin semnificativă a atenţiei, cu consecinţe minore asupra activităţii depuse de subiect, realizată prin reverie, plictiseală, oboseală, acutizarea problematicii personale, distragere a atenţiei de către un stimul puternic ; nu implică un nivel psihopatologic, astfel încît utilizarea termenului de neatenţie pare mai potrivită, în aceste cazuri.

Există însă şi absenţa cu semnificaţie patologică :

- *absenţa în petit mal epileptic* — îmbracă multiple „forme electroclinice" ; apare de regulă între 3—15 ani şi se traduce prin suspendarea pasageră, de scurtă durată (5—15 secunde), a conştiinţei. Subiectul, aflat în plină activitate, se opreşte brusc, cu privire fixă, păleşte, nu cade, nu are convulsii, apoi îşi reia activitatea din momentul opririi ; este frecvent urmată de amnezie. Reprezintă forma cea mai frecventă (LENNOX) de epilepsie generalizată neconvulsivantă minoră (petit mal), avînd următoarele elemente definitorii :
  - — pierderea bruscă a conştiinţei ;
  - — durata scurtă ;
  - — întreruperea activităţii motorii ;
  - — nu cedează sau cedează mai greu la anticonvulsivante ;
  - — EEG tipic — complexe vîrf-undă 3 c/s, bilaterale, simetrice şi sincrone, traseul EEG reprezentînd elementul major în diagnosticul pozitiv.

  În sindromul Lennox-Gastaud, o treime din cazuri se manifestă prin absenţă. Se impune efectuarea diagnosticului diferenţial al absenţei cu „falsele absenţe temporale" din afecţiunile temporale, uncinate sau perifalciforme. GASTAUD şi colaboratorii au descris „starea de absenţă" sau „starea confuzională epileptică simplă", care reprezintă ceea ce LENNOX şi GIBBS au denumit „status petit mal", adică absenţa de durată mai lungă. Este o succesiune neîntreruptă de absenţe clinice şi electrice. Debutul şi sfîrşitul acestor crize este adesea progresiv, alterarea stării de conştiinţă variind de la o uşoară obnubilare pînă la stupoarea profundă. Se poate însoţi de automatisme simple sau complexe (fugi). Pe EEG apar complexe vîrf-undă alternînd cu unde lente difuze ;
- *absenţa în memorie* — pasageră sau definitivă ⟶ AMNEZIE ;
- *absenţa unor organe sau segmente* ⟶ MALFORMAŢII.

În limbaj psihanalitic, absenţa este un aspect al fenomenului de disociaţie sau tulburare de conştiinţă, propriu actului isteric, şi se explică prin imposibilitatea de a converti în simptome afectele reţinute. Tot în psihanaliză, absenţa a fost legată de fenomenele de inscripţie şi „urme" mnezice (BLANCHOT, DERRIDA). Termenul capătă funcţie descriptivă pentru manifestările depresive, definindu-se ca pierdere a obiectului primar. Absenţa mai poate fi întîlnită şi în cazul stărilor de epuizare — urmare a unei toxicomanii —, în sincope şi lipotimii, fără manifestări EEG.

43. **ABSENŢA CONŞTIINŢEI BOLII** ● Fenomen complex şi polimorf care se poate întîlni atît în afecţiunile somatice, cît şi în cele psihice, îmbrăcînd aspecte dintre cele mai interesante.

În mod clasic, absenţa conştiinţei bolii a fost considerată o soluţie de continuitate în gravitatea manifestărilor psihopatologice, repetîndu-se pînă la obstinaţie că „psihoticul nu are conştiinţa bolii". Că această formulare

Scanned with OKEN Scanner

este adevărată şi pentru psihotic este uşor de demonstrat dacă luăm în discuţie dizarmoniile de personalitate pe care, evident, subiectul nu şi le recunoaşte.

Nerecunoaşterea sistematică sau chiar respingerea ipotezei psihogene în determinarea unor manifestări somatice sau psihice ale anxiosului, istericului, hipocondriacului sînt tot atitea disfuncţii în procesul de „conştientizare" a bolii. De altfel, modul în care psihanaliza abordează problema simptomului şi a bolii este un exemplu bine circumscris al felului în care, de fapt, subiectul are conştiinţa bolii.

Revenind la problema psihoticului, nu se poate spune că depresivul major nu are conştiinţa suferinţei sale ; acelaşi lucru este valabil şi pentru majoritatea schizofrenilor, în condiţiile tratamentului actual. Faptul că nu se păstrează o imagine corectă a gravităţii simptomatologiei din episoadele acute este un alt mod de abordare a problemei, de fapt o altă problemă. Se poate vorbi despre acest fenomen în timpul bufeelor delirante (în care, evident, nu numai conştiinţa bolii este modificată), în episoadele maniacale (rareori considerate chiar de bolnavul remis o stare de boală, sub pretextul antinomiei elaţie-suferinţă) şi în demenţele avansate (nu în cele incipiente, în care se înregistrează, nu rareori, reacţia de catastrofă).

O problemă o constituie şi scotomizarea simptomatologiei bolnavului somatic grav, care îşi neagă sau îşi substituie imaginar suferinţa cu una tratabilă. Absenţa conştiinţei bolii este, în acest caz, un ultim mecanism de apărare, prin care Eul bolnavului se apără de asaltul necruţător al neantului.

Fenomenul opus absenţei conştiinţei bolii este exagerarea acestei conştiinţe, suferinţă a nevroticului, care devine un portdrapel al simptomatologiei sale şi pe care o expune adesea cu obstinaţie.

44. **ABSINTISM** (cf. lat. *absinthium* ; gr. *absinthion* „pelin") ● Intoxicaţia acută sau cronică cu absint, caracterizată prin tulburări motorii şi tulburări psihice delirante (MARCHAIS). Absintul este o băutură alcoolică, preparată din frunzele unei specii de pelin (Artemisia absinthium), anason, anghelică sau din alte plante aromatice. Este un excitant al secreţiei gastrice. În doze mari, este abortiv şi toxic. În prezent, aceste intoxicaţii sînt rare (dar nu imposibile), în timp ce la finele secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea deţineau o pondere însemnată în clinica psihiatrică sud-europeană.

45. **ABSINTYL(M)** Grecia — DCI *Disulfiram* sin → ANTALCOL(M) România.

46. **ABSOLUT** (cf. lat. *absolutus* „necondiţionat, complet") ● În opoziţie cu relativul, se referă la ceea ce subzistă independent de orice altceva, sustras oricărei influenţe din partea concretului şi a contingentului. Idee cardinală în gîndirea filozofică, absolutul se regăseşte în miezul temelor fundamentale ale filozofiei. Sub aspect ontologic, absolutul semnifică temeiul primordial în şi prin care se constituie nesfîrşita varietate a lucrurilor şi evenimentelor. În această accepţiune, absolutul se ridică deasupra celor mai abstracte determinaţii categoriale, identificîndu-se cu fiinţa pură, atotcuprinzătoare, necreată şi nepieritoare, perfectă şi inalterabilă. Între ipostazele noţiunii ontologice de absolut se cer amintite : identitatea Brahman-Atman din gîndirea indiană, Unul eleat, arhitectonica Ideilor platoniciene (culminînd cu Binele şi Fiinţa), Forma ca principiu activ în metafizica lui ARISTOTEL, Unitatea din mistica speculativă a lui PLOTIN, Substanţa filozofiei moderne (DESCARTES, SPINOZA), Eul absolut (FICHTE), absolutul ca unitate ce transcede opoziţia dintre natură şi spirit (SCHELLING), absolutul ca totalitate în care se contopesc, într-o desfăşurare raţional-dialectică, toate determinaţiile Ideii ca model logic al existenţei, ajuns la cunoaşterea de sine prin progresul spiritului (HEGEL). Sub aspect gnosologic, absolutul apare ca limită a cunoaşterii, în cadrul controversatei probleme, dacă şi în ce măsură subiectul are sau nu acces la esenţa obiectului ca entitate exterioară şi independentă faţă de actul cognitiv. Ontologiile moniste se asociază de regulă, cu postularea capacităţii subiectului de epuizare cognitivă a esenţei obiectului, definită ca absolut cognoscibil prin dezvăluirea de către gîndirea filozofică a unor principii universale şi imanent valide. Diferitele variante ale idealismului obiectiv consideră că temeiul acestei capacităţi rezidă în „identitatea dintre obiect şi subiect" (HEGEL) în sfera purei raţionalităţi ce fiinţează, ca Logos impersonal, atît în alcătuirea lumii fenomenale, cît şi în desfăşurarea dialectică a spiritului. Materialismul metafizic susţine aceeaşi încrezătoare poziţie gnosologică, pornind însă de la teza că spiritul nu este o entitate desprinsă de lumea fenomenală, ci un produs superior al devenirii universului material. Definit de către KANT drept „lucru de sine", conceptul de absolut capătă un accent precumpănitor epistemologic, transformîndu-se din obîrşie primordială şi substrat actual al lucrurilor într-o

idee regulativă, elaborată de rațiunea speculativă, ca spațiu problematic închis, despre care putem avansa unele presupoziții — cu necesitate antinomice sau contradictorii — dar pe care nu îl putem cunoaște, întrucît transcend orice experiență posibilă. În sfîrșit, sub aspect valoric-normativ, absolutul apare ca regulă supremă, în sine evidentă și obiectiv-imanentă, ce stă la baza ierarhizărilor axiologice și a tuturor maximelor practice după care omul se călăuzește ca subiect și agent moral. Între ipostazele absolutului etico-axiologic se pot nota Binele platonician, voința revelată a Dumnezeului creștin, Imperativul categoric kantian.

Materialismul dialectic respinge autenticitatea tuturor acestor accepțiuni ale termenului absolut, apreciindu-le critic drept false probleme, de natură speculativă. Sub aspect ontologic, absolutul este cel mult o potențialitate (niciodată actualizată) a totalității existenței. Tocmai de aceea căutarea — pe plan gnosologic — a unor principii și adevăruri prime este o luptă cu morile de vînt ; nu mai puțin pretinsa întemeiere a unor principii normative sustrase oricărei relativității. În locul acestor ipostaze ale absolutului, materialismul dialectic propune o viziune istoricistă asupra cunoașterii și instituirii tehnologice valoric-normative, axată pe categoria de praxis ca matrice constitutivă și explicativă a unității contradictorii, dinamice, dintre subiect și obiect.

M. LĂZĂRESCU semnalează, în lucrarea dedicată patologiei obsesive, tendința anancastului și a familiei lui caracteriologice spre absolutul valoric ; acesta nu mai este decît un absolut special (în fapt o ucidere sau o degradare a absolutului). Logica anancastului, excesiv de formalizată și operînd dichotomic, se denunțează în sistematizarea sa, tinzînd spre o esență care devine în fapt parareală.

Ridicînd la rang de absolut principiul moral, anancastul ajunge în situația „ruminației morale“, în care acționează nu conform unui sistem afectiv intuitiv, ci conform formulelor sale prestabilite.

47. ABSOLUTIZARE (cf. lat. *absolutus*) ● Interpretare sau evaluare unilaterală, care hipertrofiază anumite elemente de cunoaștere sau anumite criterii de apreciere valorică ; aceasta conduce la o viziune simplificatoare a realității care este reflectată în mod deformat, bogăția determinărilor obiectului și complexitatea contradictorie a relațiilor dintre obiecte fiind substituite de o viziune schematizantă, reducționistă. Posibilitatea absolutizării nu este exclusă din mecanismele firești ale reflectării subiective a realului. Dialectica procesului de cunoaștere implică o serie de operații (generalizare, abstractizare, analiză, sinteză, sesizarea cauzalității în succesiunile invariante de evenimente, diferențierea esenței în aparenta dezordine fenomenală etc.), care mediază între contactul nemijlocit senzorial cu lucrul și construcția conceptuală a lucrului ca obiect inteligibil. Oricare dintre momentele acestei operații de conceptualizare presupune o detașare față de lucrul concret și față de contextul multiplelor sale conexiuni — ceea ce, mai ales în etapele timpurii ale cunoașterii raționale, implică în mod inevitabil simplificări absolutizante. Din acest motiv, absolutul este o tendință spontană a conștiinței comune atrase de confortul spiritual asociat cu simplitatea explicațiilor, care operează cu un număr redus de variabile și conexiuni. Înfrîngerea tentației de absolutizare pe care o impune dezvoltarea cunoașterii teoretice presupune o activitate de „decentrare“ (J. PIAGET), care utilizează o întreagă strategie metodologică, menită să depisteze și să corecteze deformările absolutizante ale subiectului.

Excesul de unilateralitate, rigiditatea excesivă, schematizările absolutizante, ridicarea unor idei dominante la rangul de principii paradigmatice, cărora subiectul le atribuie valoarea unor criterii de inteligibilitate universale și infailibile, duc inevitabil la imposibilitatea adaptării sale armonice, realizînd un punct de răscruce de unde pornesc două căi : acceptarea ideii de a nu fi înțeles și de a fi obligat să trăiască într-o lume ostilă sau necesitatea schimbării acestei lumi conform sistemului său de ierarhizări axiologice, ceea ce într-adevăr, în final, ar duce la o armonie, dar nu prin alinierea sa la lumea tuturor, ci prin acceptarea de către toți a principiilor sale, pe care ceilalți încă nu le văd, nu sînt capabili să le vadă sau pur și simplu nu le vor. Considerăm inutil a descrie o lume în care toți ar avea posibilitatea absolutizării propriului sistem axiologic universal.

48. ABSORBIRE (cf. lat. *absorbere*) ● Stare în care se află subiectul preocupat de un anumit obiect, o anumită idee sau acțiune, atenția sa fiind concentrată aproape exclusiv asupra acestora. Cufundat în preocuparea sa, subiectul nu mai acordă atenție altor obiecte, idei sau acțiuni, părînd detașat de evenimentele exterioare. Reversibilitatea acestei stări face să nu i se poată atribui un sens psihopatologic.

49. **ABSTINENŢĂ** (cf. lat. *abstinentis*) ● Desemnează abţinerea în mod voluntar de la efectuarea unui act care constituie un proces fiziologic sau deprindere. În funcţie de nevoia vizată, abstinenţa poate fi de mai multe feluri :

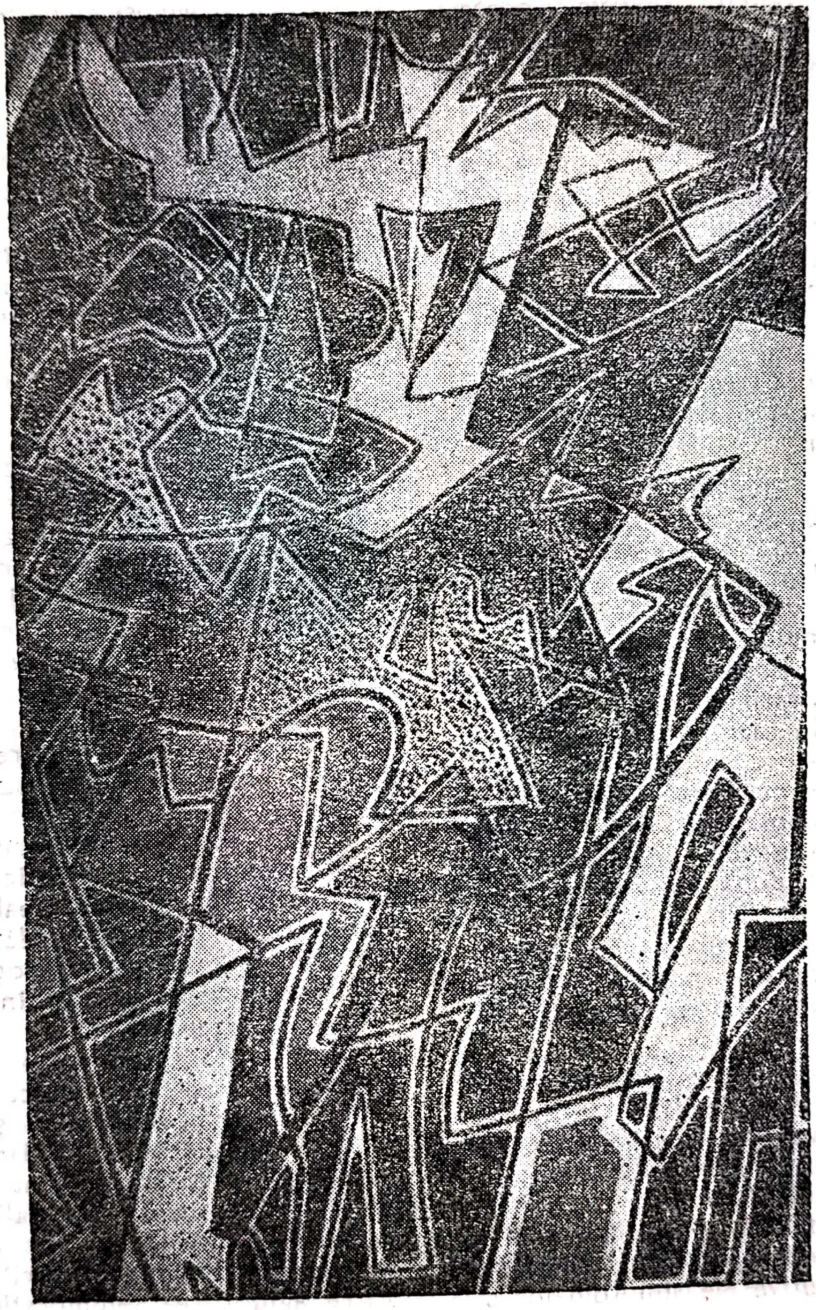
- *Abstinenţă sexuală* — se referă la abţinerea de la activitatea sexuală şi poate fi urmare a unor factori de natură educaţională, religioasă, sau a delirurilor din schizofrenie, paranoie.
- *Abstinenţa alimentară* — dacă nu este consecinţa curei de slăbire sau a unor practici religioase (în acest ultim caz, are caracter episodic şi nu este decît rareori totală), se întîlneşte în paranoia (caz în care poate fi consecinţa ideilor delirante de otrăvire), schizofrenie, depresie endogenă (rezultat al ideilor de inutilitate, de culpabilitate, de autodepreciere) şi trimite uneori la un scop suicidar.
- *Abstinenţă la consumul de alcool şi droguri* — presupune abţinerea în mod voluntar de la consumul acestora. Dacă subiectul este dependent de ele, stoparea administrării lor determină, de obicei, apariţia sindromului de abstinenţă.
- *Abstinenţă*(S) *sindrom* — urmare a încetării administrării drogului— „voluntar", fortuit sau în cazul tratamentului toxicomaniilor — , se constituie într-un complex de manifestări psihice şi somatice de intensitate şi durată variabilă, generate de nevoia „deja fiziologică" de angoasă şi, după unii autori, consecutiv sevrajului. Din punct de vedere psihologic, sindromul de abstinenţă poate avea semnificaţia traumatismului oral iniţial, conform teoriei fixaţiei orale la toxicomani.
- *Abstinenţă — regulă* — principiu în psihanaliză, vizînd atitudinea terapeutului în cură, consecinţă a neutralităţii sale. Conform acestui principiu — după LAPLANCHE şi PONTALIS—„cura analitică trebuie condusă în aşa fel, încît subiectul să găsească cît mai puţin posibil satisfacţii substitutive ale simptomelor sale. Ea implică pentru analist regula de a refuza pacientului satisfacerea cererilor sale sau de a juca efectiv rolurile pe care acesta i le impune". În măsura în care abstinenţa este dictată subiectului, intrăm în domeniul măsurilor active, în privinţa cărora majoritatea psihanaliştilor sînt rezervaţi, pentru că riscă să justifice asimilarea analistului cu autoritatea represivă şi să hrănească astfel rezistenţa pacientului. Asupra acestui aspect FREUD remarcă, în „Tehnica psihanalizei", că „... este necesar să menţinem la subiecţi nevoi şi aspiraţii, ca forţă acţionînd în direcţia muncii şi schimbării, şi să ne ferim să le facem să tacă prin succedere".

50. **ABSTRACT** (cf. lat. *abstractus*) ● Opus concretului, se referă la cunoştinţele ce reflectă proprietăţile esenţiale şi generale ale obiectelor şi proceselor. Construcţiile ideative abstracte reţin din mulţimea de însuşiri ale lucrurilor şi evenimentelor numai pe acelea care, prin repetabilitate, dezvăluie esenţa — lăsînd de o parte, ca nesemnificative, trăsăturile particulare, accidentale, a căror diversitate accesibilă simţurilor se pierde în identitatea modelelor schematice cu care operează raţiunea discursivă. În sens logic, se consideră abstracte acele noţiuni care exprimă proprietăţi (însuşiri, relaţii) desprinse de obiectul căruia îi aparţin şi prin care fiinţează sub aspect ontologic (de exemplu : bravură, comutativitate, erotism etc.). În limbajul comun, termenul dobîndeşte şi o dimensiune apreciativă, nu lipsită de echivoc ; în funcţie de context, calificativul abstract poate să indice fie o nuanţă laudativă faţă de ceea ce impresionează spiritele mărginite ca idealizare şi înălţare prin puterea intelectului deasupra accesibilităţii banale a concretului, fie o nuanţă peiorativă prin care spiritele întreprinzătoare devalorizează schematismul eidetic lipsit de vlagă, întrucît le apare ca un idealism pedant şi nepractic. Din punct de vedere psihologic este un atribut caracteristic noţiunilor lipsite de un corespondent adecvat în facultatea de reprezentare (de exemplu : ambiguitate, concept, număr iraţional etc.). În psihopatologie, noţiunea de abstract reflectă o golire de conţinut senzorial perceptibil şi de trecere din planul reprezentărilor în planul ideativ. Astfel, halucinaţiile abstracte sînt lipsite de orice relaţie cu percepţia normală şi sînt descrise ca „percepere" a unor configuraţii. În schizofrenie, sincretismul gîndirii prin alunecarea către aglutinarea semnificaţiilor se îndreaptă spre un sistem de abstracţii formale. Fiind diferită de sfera psihiatriei, arta abstractă oferă totuşi un interesant model de încercare a reprezentării conţinutului abstract al unor emoţii sau al unor construcţii mintale prin lucrări nonfigurative.

51. **ABSTRACŢIE** (cf. lat. *abstractio*) ● Termenul desemnează rezultatul procesului de abstractizare. După natura specifică a conţinutului eidetic, abstracţiile pot fi : empirice,

atunci cînd se referă la anumite proprietăți ale obiectelor și proceselor date prin experiență, sau ideale, atunci cînd desemnează entități inteligibile. Judecate din perspectiva modalităților prin care se realizează, abstracțiile empirice sînt rezultatul abstractizării analitice (care desprinde și separă anumite însușiri esențiale și generale din mulțimea diversă a atributelor evidențiate în experiență de lumea fenomenală), în vreme ce abstracțiile ideale decurg din abstractizarea constructivă (activitate reflexivă a subiectului prin care ordinea imanentă a gîndirii manifestă o productivitate independentă de experiență); tipice sub acest aspect sînt abstracțiile logico-matematice și valorile ideale.

Incapacitatea de a atinge un grad suficient de abstractizare, care să ofere individului posibilitatea de mînuire a semnelor și simbolurilor, ca și cunoașterea raporturilor dintre ele, este întîlnită în psihopatologie în toate cazurile cînd survine un proces de deteriorare intelectuală tranzitorie sau permanentă. Global sau parțial, defectul se manifestă la nivelul sistemului schemelor operatorii, în special al celor ideo-verbale, limbajul slujind în acest



Severini

sens drept „oglindă" a gîndirii în acțiune. Dacă în afecțiunile organice cerebrale, în demențe și în sindromul confuzional de diferite etiologii, părerile multor autori coincid (GOLDSTEIN, KOSANIN, LURIA, VIGOTSKI, HAUFMAN, citați de EY), în cazul schizofreniei autorii americani susțin că, în mod aparent paradoxal, abstractizarea nu este afectată (nepromovarea binecunoscutului test al proverbelor ar fi, după ei, reflectarea mai mult a unei bizare idiosincrazii la examinator). Sînt cunoscute performanțele, uneori remarcabile, ale schizofrenilor în domeniul matematicii sau al altor activități abstracte.

52. **ABSURD** (cf. lat. *absurdus* „lipsit de sens") ● Orice afirmație, gest, act ori situație care sfidează rațiunea, vădind o incompatibilitate sau inadecvare față de criteriile de inteligibilitate admise. În accepțiunea sa originară, absurdul are o încărcătură semantică logico-epistemologică, referindu-se numai la acele afirmații care încalcă principiile gîndirii corecte sau evidențele empirice. Ulterior, termenul a primit și o dimensiune etico-axiologică, indicînd acele coordonate ale existenței umane care sînt lipsite de sens antropologic, situațiile în care subiectul se descoperă privat de rostul ființei lui, neizbutind să instituie o identitate între aspirațiile sale și desfășurarea obiectiv determinată a evenimentelor. În filozofia existențialistă (JASPERS, HEIDEGGER, KIERKEGAARD, G. MARCEL, SARTRE), absurdul devine o categorie centrală a unei ontologii sui generis, axate pe universul lăuntric al individului, a cărui subiectivitate se afirmă ca matrice ireductibilă a Ființei. Substantivizat, absurdul exprimă în teoriile existențialiste esența condiției umane, definită prin proiecția subiectului într-un univers înstrăinat, indiferent și opac sub aspectul semnificației, în care acesta se inserează în mod precar, avînd de ales între conformismul dezumanizant al gesturilor automate și al prejudecăților banale, pe de o parte, sau orgoliul paradoxal al unei libertăți golite de criterii axiologice, care se afirmă ca refuz și îndărătnicie a disperării, de cealaltă parte. În această accepțiune, absurdul exprimă un fals tragism al condiției umane, postulînd iraționalitatea și incomprehensibilitatea realului (definit, în raport cu umanul, ca infern) și făcînd din gratuitatea sfidării acestui real străin și aberant un șubred temei al unicității și măreției omului.

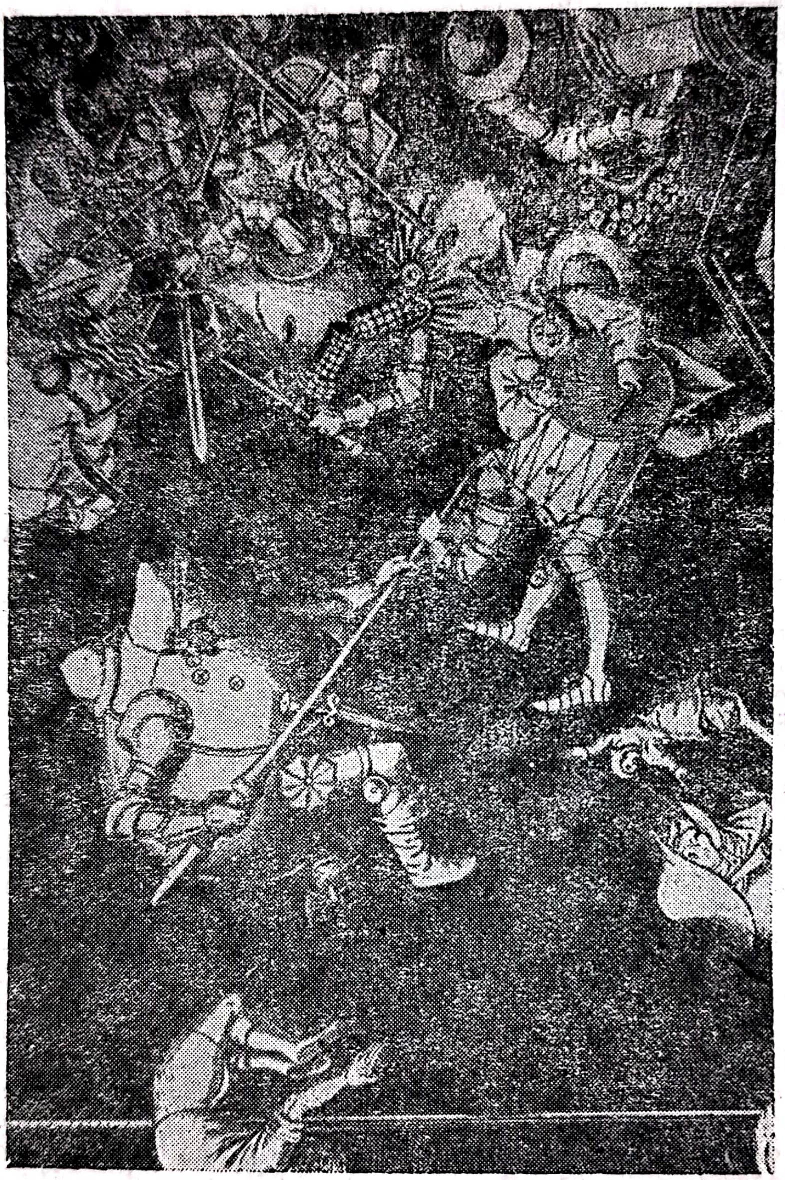
În psihopatologie, se descriu comportamente absurde, acte absurde, formulări absurde, gesturi, răspunsuri etc. Semnificația patologică diferă însă foarte mult de la o situație al alta. Astfel, comportamentele absurde trădează fie existența unui sindrom psihoorganic acut sau cronic, fie întîrzieri mintale grave. Uneori demența poate avea ca semn de debut un act absurd, cu implicații nu rareori medico-legale. În aceleași circumstanțe, actul absurd poate fi expresia debutului unui sindrom delirant. Acte absurde, golite de conținut și semnificație, sînt, pentru un observator, și ritualurile din nevroza obsesivă, ca și negativismul din sindromul catatonic, stereotipiile sau alte acte ale schizofrenilor. O tentativă de a simula „nebunia" apare în sindromul Ganser, în care răspunsurile „alături" sînt încărcate de un absurd programatic, care, prin constanță și insistență, atrage atenția asupra inautenticității bolii.

În psihanaliză, absurdul este legat de rezistența pe care o opune subiectul în dezvăluirea sensului inconștient al unor acte. Visele, actele ratate, lapsusurile sînt considerate de subiect ca absurde, inaccesibile unei abordări comprehensive. FREUD a subliniat participarea inconștientului la absurdul din producțiile umoristice și glume. Autorii de formație psihanalitică subliniază că, în producțiile artistice (literatură suprarealistă, teatrul absurdului etc.), căutarea voită a absurdului este o dovadă a agresivității (P. FEDIDA), „plăcerea de a-i deposeda pe ceilalți de puterea de înțelegere".

53. **ABSURD**(D) **delir** ● Termen contradictoriu, referitor la delirurile care apar în faza incipientă a unor demențe. Subiecții prezintă un delir sărac, foarte puțin sistematizat, în care par să aibă un rol important mai ales tulburările de memorie. Tematica este predominent de tip expansiv dar construcția delirantă se aseamănă mult cu povestirile copilului preșcolar. Termenul este puțin folosit.

54. **ABSURDITATE**(T) **test** ● Tip de probă cognitivă, care conține itemi saturați, logici sau lingvistici, utilizat în relevarea rezistenței gîndirii logice la situații absurde, precum și a eventualelor modificări patologice de ordin calitativ din sfera gîndirii. Testul mozaic al lui R. GILLE și scara Binet-Simon conțin subteste de absurdități, ca de altfel și bateriile de teste elaborate de C. ZAHIRNIC și colaboratorii U. ȘCHIOPU și M. GÎRBOVEANU. Ca material de testare se folosește o povestire, un raționament sau o fotografie care se prezintă subiectului cu indicația de a semnala, verbal sau grafic, inadvertențele logice, absurditățile de ordin rațional. Iată un

exemplu de povestire absurdă extrasă dintr-o baterie de inteligență (elaborată sub auspiciile școlii române de psihopedagogie), în legătură cu care se solicită (grafic) subiectului motivația răspunsului : o sobă folositoare — o gospodină a citit următoarea reclamă : „cumpărați sobe Victoria și veți economisi jumătate



Anita Siegel

din cantitatea de lemne pregătite pentru iarnă". Ea s-a gîndit să cumpere două sobe ca să-și economisească toate lemnele.

55. **ABULEMPAX**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen — derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE $^{(DCI)}$.

56. **ABULIE** (cf. gr. *a-* ; *boulē* „voință") ● Imposibilitatea de a trece de la idee la acțiune. Desemnează o tulburare a conduitei voluntare, în sensul diminuării — o insuficiență volițională —, însoțită de pierderea aproape totală a capacității de acțiune, în condițiile conservării capacităților de gîndire logică — o adevărată disociație între gîndire și acțiune. Subiectul dorește să facă ceva, dar dorința este lipsită de suportul reprezentat de forță, de energie. Deficiența subiectului este legată de realizarea actului pe care și-l reprezintă acest lucru fiind descris încă de GUISLAIN cu o savoare remarcabilă : „bolnavii știu să creeze mintal, interior, după exigențele rațiunii. Ei pot simți dorința de a face, dar sînt neputincioși să o realizeze convenabil". Termenul este folosit de foarte mulți autori (R. de FOURSAC, POROT, BERNARD, MICHAUX etc.) într-un sens mai larg, acela de tulburare

Scanned with OKEN Scanner

a voinței (în sensul insuficienței mai mult sau mai puțin marcate), fără a se subînțelege o prăbușire completă a acesteia. Majoritatea autorilor condiționează incapacitatea volițională de păstrarea lucidității și chiar a capacității de a raționa corect, excluzînd astfel stările confuzionale, catatonia, oligofreniile, demențele, în care incapacitatea de acțiune este generată prin alte mecanisme. P. JANET descrie o abulie motorie, legată de trecerea la realizarea actului, și o abulie intelectuală, legată de tulburarea atenției voluntare. Tot el vorbește și despre abulie sistematizată, legată doar de anumite acte, ca în fobii și obsesii. Abulia din unele afecțiuni apare ca o indecizie de alegere între două soluții contrare, mergînd în alte cazuri pînă la imobilizarea totală la pat a bolnavului (clinomania). Există un consens general în stabilirea unui prototip al abuliei — abulia din depresia psihotică, atît de gravă, încît împiedică subiectul să realizeze chiar actul suicidar pe care acesta și-l dorește. Folosirea ortotimizantelor, în aceste cazuri, impune o supraveghere strictă a bolnavului la începutul terapiei, efectul dinamizator și antiabulic apărînd înaintea celui antidepresiv și putînd favoriza nedorita trecere la realizarea proiectului suicidar. Abulia se întîlnește în următoarele circumstanțe patologice : depresii, schizofrenii, toxicomanii, alcoolism, cerebrastenia posttraumatică, structuri dizarmonice ale personalității (psihastenie), neurastenie, oligofrenii grave. Efecte grave asupra voinței sînt exercitate de alcool și droguri. O descriere celebră a abuliei din intoxicația cu opium aparține lui Th. QUINCEY, în lucrarea „Confesiunile unui opioman englez". Ca formă minoră de abulie, TANZI descrie disbulia, ca tulburare a voinței caracterizată prin faptul că subiectul nu poate termina o acțiune începută, își risipește inutil eforturile în toate direcțiile, este nehotărît, ezitant. Nu trebuie omiși nici subiecții „slabi", incapabili de efort adaptativ (firile domoale, pasive), în ciuda intelectului normal. O tulburare mai frecvent întîlnită este hipobulia, ca reducere a capacității volitive, termenul abulie evocînd mai degrabă pierderea completă a acesteia. Pentru BLEULER, abulia și hipobulia sînt simptome de bază în schizofrenie. Deși nu în plină actualitate, KRETSCHMER continuă să merite a fi amintit pentru afirmațiile sale din 1905, din lucrarea „Psihologie medicală", unde relevă existența unor mecanisme hipobulice alcătuite din forme de motricitate secundară (exemplu : mișcările ritmice din sindroamele catatonice, tulburările motorii din isterie, atitudinile negativiste etc.), de origine striată (probabil), care scapă controlului voluntar-conștient ; tot el emite ipoteza existenței unor circuite psihice „valabile atît pentru fenomenele de reproducere, cît și pentru cele de expresie", care funcționează unitar și armonios (în mod normal), dar care, sub anumite influențe morbide pot să se disocieze funcțional. Abulia socială este o noțiune care se referă la inactivitatea pe toate planurile sau numai pe anumite planuri ale vieții sociale, inactivitate determinată de incapacitatea de a stabili și a urma un plan de acțiune, deși dorința de contact cu mediul poate să existe. Acreditarea la un moment dat a ideii că este posibilă obținerea unor „remisiuni prin tehnici psihanalitice", în cazul particular al unor subiecți deveniți abulici ca urmare a rutinei profesionale, care le solicită în mod permanent, excesiv și monoton, supunere și subordonare — ceea ce ar conduce în final la reducerea forței lor volițională —, nu pare justă ; înseși premisele ei sînt greșite, confundîndu-se inițiativa cu voința.

57. **ABULOMANIE** (cf. gr. *a-* ; *boulē* : mania „nebunie") ● Termen care nu se mai utilizează în prezent în accepțiunea sa inițială, delimitînd insuficiența volițională, cu caracter patologic → ABULIE.

58. **ABUZ DE MUZICĂ** ● Termenul, utilizat la noi de ANGHELUȚĂ și NICA, se referă la efectele negative, psihotraumatizante ale abuzului de muzică și subliniază rolul lor în instalarea unor manifestări nevrotice și a unor tulburări de comportament la tineri ; rămîne de văzut dacă lucrurile nu stau exact invers.

59. **ACALAMID**(M) Brazilia — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant — derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă ; este considerat un bun tranchilizant de zi.

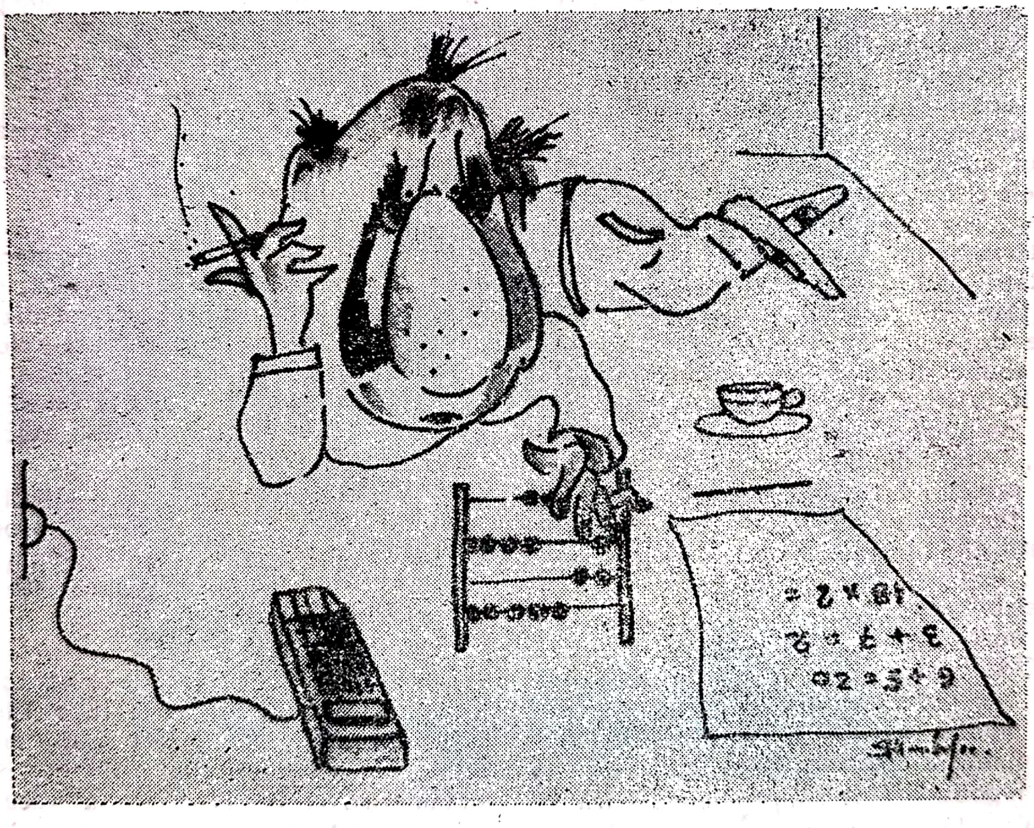
60. **ACALCULIE** (cf. gr. *a-* ; lat. *calculare* „a socoti") — sin. ANARITMETIE ● Tulburare a capacității de recunoaștere a numerelor, de înțelegere a semnificației diverselor simboluri matematice și de efectuare a calculelor, în scris sau mintal, cu cele patru operații aritmetice, la persoane care, anterior îmbolnăvirii nu prezentau această deficiență. Capacitatea de a efectua calcule se leagă nemijlocit de conceptul de număr (a cărui geneză la copil a fost studiată de PIAGET și INHELDER), notația numerică fiind forma cea mai simplă de minuire a simbolului logic, cu care ulterior se poate trece la cuantificarea informației și deci

la transferul ei. Calculul se învață prin exercițiu, folosind un sistem simbolic de semne aritmetice combinate după reguli proprii sistemului, diferite de cele ale limbajului. Termenul de acalculie începe să fie vehiculat în secolul al XIX-lea, în urma observațiilor clinice efectuate de BERGER și RAUSCHBURG, dar introducerea sa în literatură se datorează lui HENSCHEN. În 1929, BERGER împarte acalculia în primară și secundară. Clasificarea clinică actuală îi aparține lui GREWEL (1969). Acalculia primară este simbolică (nu pot fi înțelese sau manipulate simboluri aritmetice — cifre sau operații) sau asintactică (notația digitală semnificantă a cifrelor în sisteme complexe eșuează). Acalculia secundară (unei leziuni cerebrale) se caracterizează prin pierderea preciziei orientării spațiale, deficiențe parțiale ale memoriei de fixare sau ale atenției de concentrare ; se pierde succesiv capacitatea

- acalculia frontală (asociată cu dificultăți în elaborarea noțiunilor abstracte complexe).

Se pare că se poate stabili un paralelism între intensitatea acalculiei și reducerea generală a imaginației și inițiativei. HECAEN descrie trei subtipuri ale acalculiei :

- *discalculie de tip spațial* (se manifestă prin dezorganizarea spațială a numerelor frecvent asociată cu dislexia spațială, agnozia spațială și apraxia senzorio-kinetică, apractognozia somato-spațială și tulburările direcționale și vestibular-oculomotorii) ;
- *acalculie cu predominența alexiei sau agrafiei* pentru cifre și numere ;
- *anartrie*, în care predomină tulburarea realizării operațiilor aritmetice, asociată



de efectuare a operațiilor de adunare, împărțire, scădere și, în final, înmulțire. În raport cu topografia leziunii, se descriu :

- acalculia occipitală (asociată cu tulburări vizuale) ;
- acalculia temporală (asociată cu tulburări auditive) ;

tulburărilor de vorbire și modificărilor procesului de verbalizare, în leziunile bilaterale.

În cazurile de deficit intelectual, în demențe, acalculia oferă indicații privind profunzimea afectării funcțiilor cerebrale (este necesar să se țină seama de pregătirea subiectului, de pro-

Scanned with OKEN Scanner

fesia sa, ca și de capacitatea intelectuală anterioară). În 1970, WARRINGTON a publicat studii asupra cazurilor in care subiecții incapabili să efectueze adunări sau scăderi simple sufereau de o demență pronunțată sau de disfazie, maladii care ar putea explica această imposibilitate. În general, se consideră că acalculia are drept corespondente lezionale localizările occipitale stingi, temporale, frontale și parietale (girus angularis) — cînd aparține sindromului Gerstmann, alături de apraxia constructivă. Cel mai frecvent leziunile sint localizate in emisferul sting. În afazia Wernicke pierderea posibilităților de a calcula se asociază adesea cu alexia.

61. **ACALCULIE PRIMARĂ** — sin. ACALCULIA BERGER ● Formă rară de acalculie, descrisă de BERGER, in 1926, ca tulburare, independentă de alte tulburări, a funcțiilor psihice superioare. Acalculia secundară este însoțită de tulburări mnestice, afazii, perseverări.

62. **ACALO**(M) SUA — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant — derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACALAMID(M) Brazilia.

63. **ACANTESTEZIE** (cf. gr. *akantha* „spin" ; *aisthesis* „senzație") ● Tulburare a sensibilității tactile, constind în senzația penibilă, jenantă, de furnicare, ințepături multiple ; fără a atinge pragul durerii, aceste senzații il preocupă pe subiect, care nu le omite niciodată in expunerea sa. Constituie, cel mai frecvent, suportul clinic al cenestopatiei in nevroze, paresteziei în toxicomanii sau al unei halucinații tactile în psihoze de involuție.

64. **ACANTOCITOZĂ** — sin. ABETALIPOPROTEINEMIE ; DEGENERESCENȚĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ ȘI STEATOREE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BASSEN-KORNZWEIG(B) boală.

65. **ACARIE**s **semn/sindrom**(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AST-VATATUROV(S) sindrom.

66. **ACAROFOBIE**(F) (cf. gr. *akari* „specie de arahidă" ; *phobos* „frică") ● Termenul, in accepțiunea sa originară, se referă la frica excesivă nejustificată, cu caracter patologic, de căpușă și ințepătura ei. Ulterior, unii autori i-au lărgit sensul, incluzind frica ce poate fi produsă de orice insectă sau obiect mic ce poate produce o ințepătură. Au existat opinii de includere in termen și a fricii produse de scabie, fără a se defini clar dacă referirea se face la parazit sau la senzația însoțitoare de prurit. Extensia sensului a apropiat termenul ACAROFOBIE de cel de ACANTESTEZIE, confundindu-se frica cu senzația. Față de accepțiunea inițială, singura extindere — care nu ar genera confuzii — ar putea fi aceea de frică de insecte.

67. **ACATAFAZIE** (cf. gr. *a-* : *kataphasis* „afirmație, propoziție afirmativă") ● Termenul a fost lansat, in 1878, de KÜSSMAUL de la care a fost preluat de KRAEPELIN și utilizat în descrierea agramatismului din demența precoce ; de aceea unii l-au considerat pe acest ultim autor drept creator al termenului. Termenul definește generic o tulburare de comunicare verbală sub aspectul adecvării și al formei, ceea ce exprimă un dezacord intre ideație și vorbire, specific disociației.

68. **ACATAGRAFIE** (cf. gr. *a-* ; *katagraphein* „a grava, a înregistra". ● Tulburare a comunicării grafice echivalentă sub aspectul formei de exprimare și al semnificației termenului de ACATAFAZIE.

69. **ACATALEPSIE** (cf. gr. *a-* ; *katalepsis* „apucare, percepere, înțelegere") ● Utilizat inițial de PYRRHON, reprezentant al filozofiei sceptice grecești, a fost preluat de BACON, care i-a conferit sensul de îndoială absolută. În accepțiunea psihopatologică, rar utilizată, desemnează scăderea sau dispariția unei grupe sau a majorității funcțiilor psihice, incepind cu cele mai diferențiate și mai noi din punct de vedere ontogenetic, fenomen care are caracter persistent și, de obicei, evolutiv, ducind treptat la pierderea capacității intelectuale a subiectului, la îngreunarea sau imposibilitatea adaptării sale la condițiile de mediu, cu scăderea marcată sau chiar incapacitatea de a dobindi cunoștințe noi și de a folosi experiența acumulată in trecut, la cerințele situaționale prezente. Poate fi asimilat termenului de demență.

70. **ACATAMATEZIE** (cf. gr. *a-* ; *katamathesis* „înțelegere deplină") ● Termenul are două accepțiuni : în literatura de specialitate anglosaxonă este circumscris la incapacitatea subiectului afazic de a înțelege ceea ce aude ; în literatura autohtonă are o deschidere mai largă, PREDESCU și SÎRBU, acreditind semnificația de pierdere a uneia (oricare) dintre funcțiile psihice.

71. ACATHEXIS (cf. gr. *a-* ; *kathexis* „acțiunea de a conserva puterea, amintirea") ● Termen opus celui de cathexis și care desemnează lipsa de investire energetică, în special emoțională, a unui obiect anume, din partea subiectului. TOLMAN (1949) definește cathexisul ca legătură între un obiect-scop și îndeplinirea unei tendințe. MURRAY (1938) consideră cathexisul ca investire a energiei sau trebuinței în obiect, ca valorizare a obiectului și simultan ca însușire a obiectului de a provoca o trebuință (→ CATHEXIS). Din punct de vedere psihanalitic, noțiunea de acathexis trimite la o lipsă a încărcăturii emoționale în relația cu obiectul, relație care în mod normal ar presupune investirea afectivă a obiectului de către subiect. S-ar putea face o legătură între acathexis și mecanismul izolării din nevroza obsesională.

72. ACATISIE/AKATISIE/ACATIZIE (cf. gr. *a-* ; *kathesis* „acțiunea de a se așeza") ● Tulburare psiho-motorie circumscrisă sindroamelor extrapiramidale, constînd în nevoia imperioasă de mișcare și în imposibilitatea de a sta așezat, resimțită dezagreabil de subiect și fără posibilitate de reglare voluntară din partea acestuia. Descrisă de SICARD (1924) ca manifestare kinetică paradoxală, consecutivă bolii lui von Economo, apare și ca efect al impregnării cu neuroleptice incisive, intrînd în componența sindromului extrapiramidal de impregnare neuroleptică descris de J. DELAY în 1957. Tulburarea kinetică este însoțită de manifestări psihice: sugestibilitate, viscozitate, labilitate emoțională. Etiologic, se invocă disfuncționalități la nivelul mezodiencefalului și, mai recent, la nivelul substanței reticulate din trunchiul cerebral și al nucleilor cenușii centrali (se bănuiește existența unui efect de blocaj produs de neuroleptice asupra receptorilor dopaminergici centrali). Administrarea antiparkinsonienelor de sinteză în scopul combaterii acatisiei nu este întotdeauna eficace. Diminuarea dozei de neuroleptice incisive și utilizarea benzodiazepinelor, a neurolepticelor sedative și a dibenzazepinelor pot aduce o ameliorare. În cazul acatisiei consecutive administrării de neuroleptice, există în prezent suficiente mijloace chimio-terapice pentru ca ea să nu apară → CURA NEUROLEPTICĂ.

73. ACCELERAȚIE (cf. lat. *acceleratio*) ● Termenul a fost creat de Galileo GALILEI spre a desemna variația (de obicei, creșterea) vitezei unui corp în raport cu unitatea de timp ; este în prezent utilizat în domenii din cele mai variate : chimie, biologie, economie politică, sociologie ș.a. În urmă cu peste două decenii, A. TOFFLER („Future shock", 1970) semnala un fenomen tipic țărilor avansate industrial, covîrșitor prin implicațiile sale psihologice și sociale, și anume accelerarea ritmului schimbării, cu echivalentul său psihologic — tranziența. Revoluția industrială din Anglia a făcut ca, în 300 de ani, să apară o civilizație care a depășit prin rapidele transformări din comunicații, transporturi, informații — adică prin impactul social cu revoluția științifico-tehnică — cei 10 000 de ani de civilizație agricolă de la „nașterea" umanității.

Sub raport bio-psiho-social, accelerația a devenit în ultimul secol unul dintre procesele cele mai caracteristice, putîndu-se observa în orice domeniu de activitate și dezvoltare a ființei umane. La nivel somatic, cercetările ultimelor decenii remarcă o creștere a taliei medii cu 5—10 cm față de generațiile anterioare, o instalare mult mai precoce a pubertății și a fenomenelor de maturizare. Explicațiile acestor fenomene nu sînt încă complete și ele se referă, în orice caz, la modele factoriale multidimensionale. Nivelul psihosocial al fenomenului de accelerație este mult mai complex și necesită o analiză mult mai detaliată.

Explozia informațională a ultimelor decenii a creat o „presiune" inimaginabilă, în care depășirea limitei biologice de 1 000 volume publicate pe zi face ca figura unui Pico della MIRANDOLA, despre care se afirmă că citise tot ce se scrisese pînă în epoca sa, să pară un incredibil mit.

Dacă vom adăuga că peste 95% din savanții tuturor timpurilor au trăit în ultimii 50 de ani și că un procent mai important din toate descoperirile științifice aparțin acestei perioade, ne putem da seama de amploarea acestui fenomen. Mai interesant este faptul că informația s-a modificat și sub aspect calitativ, metodele moderne de prelucrare făcînd ca felul în care aceasta ajunge la receptori să fie în mod esențial modificat ; apariția cinematografului, a radiodifuziunii, televiziunii și a calculatorului electronic au dus nu numai la o creștere a informației utile, ci și la o enormă deschidere a universului cunoașterii pentru fiecare individ în parte. Este individul uman, ale cărui date genetice au nevoie de zeci de mii de ani ca să se modifice, adaptabil la accelerația pe care a produs-o ? Răspunsul, confirmat experimental pînă acum, este da.

Copiii generației actuale asimilează teoria mulțimilor în primii ani de școală mai ușor decît adulții generației anterioare. Accesul la lucrul cu calculatorul, videojocuri și aparatură electronică dovedește nu numai că pentru elevii zilelor noastre nu există barajul accele-

Scanned with OKEN Scanner

rației, ci și că afirmația lui J. BARZUN: „este absurd să se facă o educație pentru o actualitate care nu poate fi definită, fiind, în permanență, depășită de evenimentele generate de progres" are un important grad de pertinență.

ral, învață repede să nu riște", sînt prudenți, conservatori, pasivi, lipsiți de curiozitate, după cum cei „crescuți într-un mediu inteligent, sensibil, complex și stimulator" își dezvoltă de timpuriu independența în gîndire și

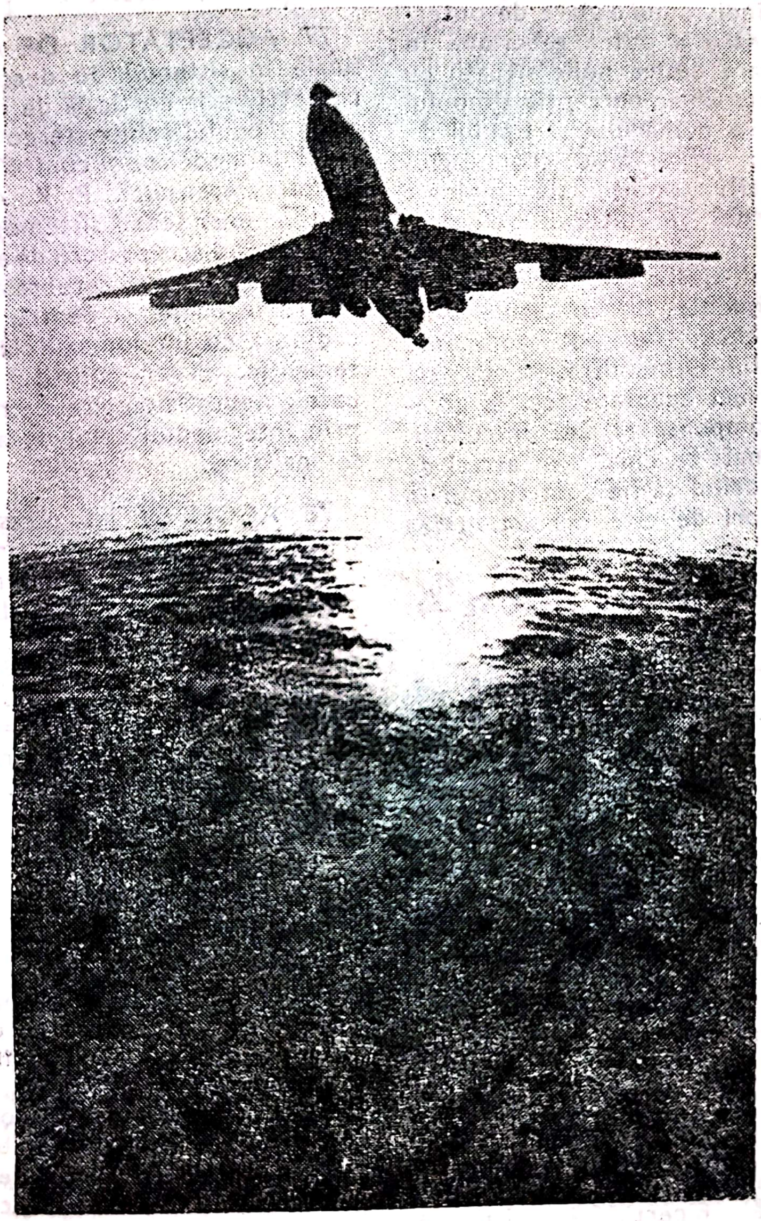


Foto: Jiri Bartos

Experimentele lui D. KRECH, M. DAIMOND, M. ROSENZWEIG și E. BENNET arată că stimularea senzorială și informațională duc la creșterea activității neurotransmițătorilor și a debitului sanguin cerebral, la modificarea dimensiunii neuronilor.

Donald KLEIN afirmă că „acei copii crescuți într-un mediu obtuz, nestimulator, sărac, amo-

acțiune, sînt curioși, imaginativi, activi și siguri de ei — atitudini care nu e exclus — afirmă în continuare același autor — „să genereze noi sinapse și o scoarță cerebrală mai mare".

Nivelul relațiilor sociale pare cel mai afectat de șocul accelerației, care face ca impactul cu viitorul să pară amenințător, neliniștitor,

generator de stres (TOFFLER). Tranzienţa relaţională duce la o pulverizare a conţinutului afectiv care ar trebui în mod normal să însoţească orice intercomunicare.

Modificarea rapidă a mediului ambiental, a vecinătăţilor şi vecinilor, a propriilor proiecte şi aspiraţii, creează individului o stare de puternică încordare, pentru a putea reacţiona în mod pozitiv la fiecare dintre noile situaţii cu care va fi confruntat. Chiar percepţia timpului şi, odată cu acesta, a numărului şi tipului de evenimente posibile, pe unitatea cronologică (deci a acceleraţiei), condiţionate biologic (de ritmurile interne) şi cultural, suferă o continuă deformare.

Cei care nu-şi pot ajusta aşteptările asupra duratei unor evenimente, în condiţiile unei acceleraţii permanente, nu pot compensa comprimarea timpului. Din contră, există persoane care sînt perfect adaptate acestei accelerări, pe care o compensează fără dificultăţi, inconştient şi automat, ba chiar sînt atraşi de ritmul mai rapid, dorind să fie „tot timpul în acţiune", suferind ori de cîte ori activitatea încetineşte.

74. ACCENE — sin. CLIMAX SEXUAL $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ORGASM.

75. ACCENTUAT — ACCENTUARE (cf. lat. *accentus*) ● Caracterizează intensitatea unor trăsături temperamental-caracteriale care nu generează numai variaţii în sfera mediei, ci alcătuiesc un profil de personalitate deosebit de medie, în sens pozitiv sau negativ, extrem de sensibile la influenţele mediului, putîndu-se valorifica social sau aluneca în boală. De exemplu, o personalitate accentuată hiperexactă (după K. LEONHARD) poate, în împrejurări favorabile, să devină un model de conştiinciozitate şi simţ al datoriei sau poate, în împrejurări nefavorabile, să eşueze într-o nevroză obsesională.

În lucrarea „Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură", Karl LEONHARD face descrierea unor „trăsături accentuate ale firii" (demonstrativă, hiperexactă, hiperperseverentă, nestăpînită, hipertimică, distimică, labilă, exaltată, anxioasă, emotivă), cu exemplificări din clinica psihiatrică şi din literatură. → DIZARMONIE, PERSONALITATE, TEMPERAMENT, TRĂSĂTURĂ.

76. ACCEPTANŢĂ (cf. lat. *acceptare*) ● Fază — de obicei iniţială — a unui dialog sau reacţii interpersonale, realizată pe baza încrederii, platformei comune de idei sau de interese, afinităţilor sau consensului între parteneri. În cadrul fenomenului de sugestie de tip profilactic sau terapeutic, desemnează „momentul cheie", de consimţire sau acord al subiectului faţă de actul medical şi, implicit, de acceptare a personalităţii medicului şi de recunoaştere a competenţei acestuia.

77. ACCEPTATOR DE ACŢIUNE ● Stare finală în sistemul de decodare a limbajului, respectiv aria corticală de recepţie, organizată după modelul reflex stereotip-dinamic şi avînd rolul de modelare şi control asupra aferenţelor şi retroaferenţelor. P. K. ANOHIN avansează ipoteza unei teorii sistemogenetice a vorbirii, susţinînd că acceptatorii de acţiune sînt reprezentaţi de scoarţa cerebrală nu pentru fiecare cuvînt în parte, ci pentru o frază, o anumită ordine a cuvintelor sau chiar pentru sistemul semantic. Ei ar constitui astfel una dintre bazele neurofiziologice ale relaţiei interumane, prin intermediul celui de al doilea sistem de semnalizare.

78. ACCES (cf. lat. *accessus* „intrare, apropiere, pătrundere") — sin. ATAC, CRIZĂ, PUSEU, PAROXISM ● Complex de tulburări clinice, psihice sau/şi somatice manifeste, apărute atît în stare de sănătate reală sau aparentă, cît şi în cursul evoluţiei unei boli, cu debut brusc, evoluţie scurtă, final imprevizibil. Tulburările pot avea un caracter unic sau se pot repeta la intervale variabile. În psihopatologie, se utilizează în mod curent, pentru a desemna : accesul epileptic, isteric şi psihotic.

În franceză, utilizarea clinică a termenului în sensul de tip evolutiv particular al bolii, punct crucial în evoluţia unei boli, a fost abandonată de 40—50 de ani, în condiţiile terapiei actuale.

Psihopatologia jaspersiană delimitează accesul ca forma de evoluţie cea mai simplă, de scurtă durată şi cu determinare endogenă sau cu declanşare exterioară, dar insuficientă pentru a explica cauzal producerea accesului. Subliniind caracterul deosebit al acestei patologii cu evoluţie scurtă şi debut brusc, o serie de autori au mai numit accesele şi „stări excepţionale" (Ausnahmezustände).

După JASPERS, accesele sînt singurele „simptome surprinzătoare" întîlnite la constituţiile psihopatice şi se mai pot întîlni în epilepsii şi schizofrenii.

Termenul a fost echivalat (deseori nespecific) cu criză, paroxism sau atac, fără ca vreunul din aceşti termeni să se suprapună complet peste denotaţia, de altfel destul de vagă, a acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

O accepţiune curentă, dar cu semnificaţie psihopatologică, este cea de acces de nervi izbucnire violentă şi trecătoare a unei stări sufleteşti la un subiect în genere cotat ca liniştit.

79. **ACCES EPILEPTIC MAJOR** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GRAND MAL — paroxism.

80. **ACCESIBILITATE** (cf. lat. *accesibilitas*) ● Utilizarea termenului în medicină se referă atît la instituţia medicală, cît şi la persoane.

● *Instituţie* — populaţiei arondate unei unităţi medicale îi este asigurată accesibilitatea (unul din principiile de bază ale organizării asistenţei medicale la noi în ţară). În mod eronat se consideră că aceasta depinde numai de apropierea unităţii medicale de locul de muncă sau de viaţă al populaţiei respective. Ierarhizarea gradului de accesibilitate al unei unităţi sanitare are în vedere: numărul unităţilor, gradul de dotare, numărul şi structura cadrelor medicale, comportamentul şi nivelul de pregătire al acestora, programul unităţii, nivelul educativ-instructiv al asistaţilor şi, în fine, locul (distanţa) unităţii de domiciliul celui asistat. Acreditarea eronată a distanţei drept criteriu unic de accesibilitate, ne face să uităm esenţialul — la o unitate sanitară apelezi pentru a rezolva o problemă şi nu pentru a face o plimbare mai lungă sau mai scurtă.

● *Persoana* — în mod normal există o receptivitate facilă la stimuli exteriori, absenţa acesteia evidenţiind o caracteristică a retragerii autiste din schizofrenie sau a izolării din depresii; mai poate fi întîlnită în afecţiunile legate de îngustarea cîmpului conştiinţei — inclusiv isteria — şi în cazul simulaţiei.

81. **ACCIDENT** (cf. lat. *accidens* „întîmplare") ● Eveniment întîmplător, considerat, în mod obişnuit, ca negativ, neplăcut sau nefericit. Din punct de vedere filozofic, accident înseamnă ceea ce se opune substanţei (substanţa s-ar caracteriza prin proprietăţile de absolut şi necesar; în raport cu substanţa accidentul este relativ şi întîmplător). Expresia „în mod accidental" (sau „printr-un accident") este un echivalent al expresiei „prin hazard" — în măsura în care „accident" capătă sens de „hazard" se apreciază producerea accidentului în mod analog cu producerea hazardului (ca intersecţie a două serii cauzale independente).

În gîndirea lui ARISTOTEL şi a scolasticilor, accidentul se raportează la „substanţă", privită ca temei durabil şi inalterabil al tuturor părţilor Fiinţei, primind cu indiferenţă varietatea nedefinită şi mereu schimbătoare a proprietăţilor vremelnice, de ordin secund. În ordinea evenimentelor, accidentul desemnează schimbările şi interacţiunile întîmplătoare, imprevizibile, care nu alterează esenţa obiectelor care le suportă.

Accepţiunea actuală a termenului este aceea de eveniment neprevăzut, intempestiv, cu efect nociv, soldat cu consecinţe dăunătoare asupra stării de sănătate a individului sau cu prejudicii materiale importante. Accidentele pot apărea practic în oricare domeniu al activităţii cotidiene; există accidente de muncă, rutiere, accidente produse în cursul desfăşurării unei activităţi casnice etc. Se apreciază că mortalitatea prin accidente ocupă locul trei, după cea prin afecţiuni cardio-vasculare şi cancer, afectînd mai ales grupele de vîrstă între 3 şi 40 de ani. O situaţie particulară este cea apărută, în cursul investigaţiilor medicale pentru precizarea diagnosticului, ca rezultat nu atît al unui defect de tehnică, cît mai ales al unor tare ale pacientului (şocul anafilactic la injectarea substanţelor de contrast, care se produce uneori în pofida unor rezultate negative la testarea anterioară a substanţei). Accidentul terapeutic, care survine în cursul administrării unei chimioterapii, poate fi determinat fie de natura drogului administrat, fie de „terenul" subiectului. Aceste ultime două situaţii impun luarea în consideraţie şi prevenirea adecvată a apariţiei accidentelor în cursul investigaţiilor şi al tratamentului.

În cazul accidentelor, în general, este necesar să nu se omită şi anumite caracteristici psihoindividuale, studii statistice actuale stabilind că 4/5 din accidente se datoresc unor stări psihice apărute în urma unor situaţii conflictuale sau ca urmare a unei lipse de aptitudine în practicarea activităţii respective. Lipsa de aptitudine a unui individ pentru un anumit tip de activitate face ca acesta să depună un efort suplimentar pentru îndeplinirea ei, efort care conduce la apariţia unei stări de oboseală, ce predispune la apariţia accidentului (poate fi vorba de un deficit aptitudinal intelectual, dextro-motor, senzorial etc.). Dominanta care poate exista la un moment dat în psihicul individului, legată de anumite frămîntări interioare, stări conflictuale, conduce la neglijarea unor măsuri elementare de prevenire a accidentelor. În mod aparent paradoxal, chiar dacă dominanta are o coloratură euforică (creată de aflarea unui succes, reuşite etc.), rezultatul poate fi acelaşi. Încă din 1919, GRUNWOOD—WOODS şi YUB, urmaţi

de ADLER, DUNBAY, ALEXANDER, TILIMAN, HALETES, au emis ipoteza că, cel puțin în ceea ce privește producerea accidentelor rutiere și a celor de muncă, ar exista un anumit tip de personalitate predispus la accident, ale cărui caracteristici ar consta în imaturitate emoțional-afectivă, coeficient crescut de agresivitate, QI scăzut, inadaptabilitate socio-familială. Acestei ipoteze i s-au adus însă critici care se referă la faptul că, în anumite locuri de muncă, în care există o mare fluctuație a muncitorilor (deci se întîlnesc tipuri diverse de personalități), rata accidentelor rămîne totuși neschimbată. Pe de altă parte, posibilitatea producerii accidentului crește proporțional cu expunerea la situație (un conducător auto care parcurge numai 1 000 km pe an comparativ cu altul care parcurge 100 000 km) ; în fine, nu toate persoanele care prezintă trăsăturile descrise fac neapărat accidente. În ultimul timp ia proporții fenomenul apariției simptomatologiei de meta- și suprasimulare la cei care au suferit un accident, atitudine prin care se vizează obținerea unor beneficii secundare : pensionare, rente viagere etc.

82. **ACCIDENTE DE MUNCĂ** ● Desemnează acele evenimente neprevăzute care pot surveni în procesul muncii prin concurența unor factori subiectivi (psihoindividuali) și obiectivi (caracteristici ale locului de muncă), soldate cu lezarea integrității morfo-funcționale a organismului și pierderea capacității de muncă pentru minimum 24 de ore. Dacă incapacitatea de muncă depășește 30 de zile, accidentul este considerat grav ; accidentul este foarte grav cînd incapacitatea temporară de muncă depășește numărul de zile stabilit prin Codul Muncii, ducînd la întreruperea activității (temporar sau definitiv). Studiile întreprinse de WALLER (1965), CRANCER și QUIRING (1969), KASTRUP (1977) au relevat că procentul subiecților cu tulburări psihice implicați în accidente mai mult sau mai puțin grave este semnificativ crescut față de populația generală, pe categorii de afecțiuni deținînd prioritatea alcoolismul, tulburările de personalitate și psihozele. Dintre accidentele care pot apărea în procesul muncii sînt interesante pentru psihiatrie :

- accidentele care ca urmare a unei tulburări psihice cu caracter acut (intoxicație, stare confuzională, acces maniacal, crize comițiale) sau cronic (întîrziere mintală, sindrom psiho-organic cronic), pun subiectul în imposibilitatea de adaptare la situația obișnuită de muncă ;
- accidente care antrenează modificări psihice cu caracter permanent sau invalidități (senzoriale sau motorii), implicînd modificări în structura și modul de viață al personalității ;
- accidente care produc tulburări de tipul rent-nevrozei, subiectul căutînd beneficii secundare în legătură cu situația accidentală în care a fost implicat. Cifrele epidemiologice arată diferențe majore în evoluția sindromului subiectiv atunci cînd subiectul este vinovat direct de producerea traumatismului.

În prima dintre situații, atitudinea preventivă, examenul medical riguros la angajare, examenul psihologic obligatoriu pentru anumite categorii de profesii, controlul periodic, selecția și orientarea profesională sînt principalele acțiuni preventive, profilaxia terțiară, prin dispensarizare, ca și supravegherea atentă a categoriilor preformale impunîndu-se cu necesitate la cazurile cronice. În cea de-a doua situație, psihiatrul trebuie să facă o primă analiză globală a potențialului restant al pacientului, să-l reorienteze profesional cu ajutorul celorlalți specialiști și să mențină o legătură permanentă cu subiectul și cu familia acestuia. În ultima ipostază, se impune o atitudine fermă din partea medicului psihiatru (psihoterapie de susținere, decondiționare progresivă și reinserție rapidă a subiectului în activitate).

83. **ACCIDENTOTROPISM** sin. → TRAUMATOFILIE.

84. **ACEBUTOLOL(DCI)** ● Derivat butiranilidic de tip 3′-acetil-4′-/-2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/butiranilidă. Indicat în anxietate, sindroame psihovegetative și simpaticotone, sevraje de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, a tremorului senil și a celui produs de intoxicația cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ pentru următoarele produse farmaceutice :

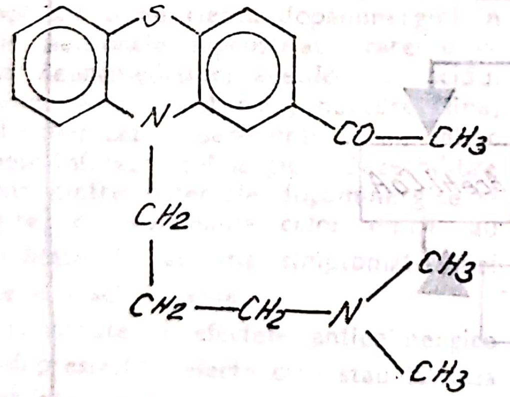
DIASECTRAL(M)	Danemarca
NEPTAL(L)(M)	R.F.G.
PRENT(M)	Austria, Elveția
RHODIASECTRAL(M)	R.F.G.
SECTRAL(M)	Anglia, Austria, Elveția, Franța, Olanda

85. ACEFAL (cf. gr. *a-* ; *kephalē* „cap") — sin. ACEFALIE ● Absența congenitală a capului — malformație incompatibilă cu viața. Prin extindere, a pătruns în uzul curent cu sens peiorativ, desemnînd un subiect mai puțin dotat intelectual, care a săvîrșit o greșeală aparent greu de înțeles.

86. ACEMIN(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ — derivat fenotiazinic $\xrightarrow{sin.}$ CLORDELAZIN(M) România.

87. ACENESTEZIE (cf. gr. *a-* ; *koinos* „comun, obișnuit" ; *aisthésis* „senzație") ● Absența sentimentului de existență fizică, întîlnită în demențe.

88. ACEPROMAZINE(DCI) ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazina), de tip 10-/3-(dimetilamino)propil/fenotiazin-3 metil ketonă, cu acțiune sedativă antiemetică și alfa-adrenolitică ; potențează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor și curarizantelor. Acțiunea sa poate fi comparată cu a CLORDELAZINEI, avînd însă un efect de 2—3 ori mai puternic și o toxicitate redusă la jumătate. Efectele secundare fiind moderate, are o paletă mai largă de utilizare. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :



ACETAZIN(M)	U.R.S.S.
ASETOZIN(M)	U.R.S.S.
NOTENSIL(M)	Anglia
PLEGIL(M)	Elveția, Franța, Spania, Turcia, S.U.A.
SOPRONTIN(M)	R.F.G.

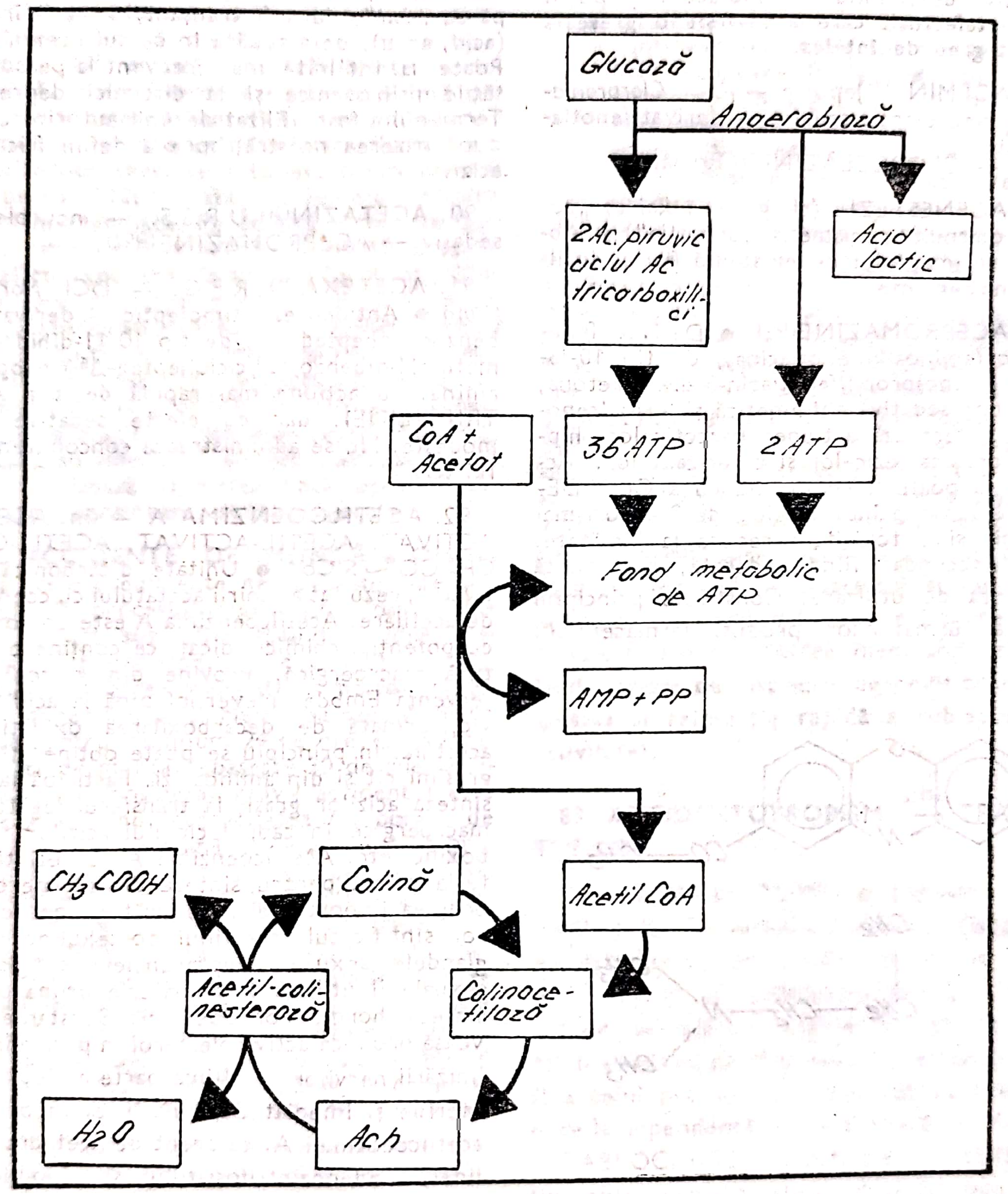
89. ACEROFOBIE(F) (cf. fr. *aécré* „dur, tăios, ascuțit" ; *phobos* „frică") ● Termen introdus în 1880 pentru a desemna o frică excesivă, patologică — avînd o motivație mai mult sau mai puțin justificată — a unui subiect de a părea „dur", de a fi tranșant, de a fi ironic (acid, acru), de a supăra în cursul comunicării Poate fi întîlnită mai frecvent la personalitățile psihastenice și la distimici depresivi. Termenul a fost utilizat de unii autori eronat, după părerea noastră, spre a defini frica de acizi.

90. ACETAZIN(M) U.R.S.S. — neuroleptic sedativ ⟶ ACEPROMAZINE(DCI).

91. ACETEXA(M) R.F.G. — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic — derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propil-amină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

92. ACETILCOENZIMA A — sin. ACETAT ACTIVAT, ACETIL-ACTIVAT, ACETIL-CoA, $CH_3.CO \sim S.CoA$ ● Unitate dicarbonică „activată", rezultat al unirii acetatului cu coenzima de acetilare. Acetilcoenzima A este un compus cu potențial chimic ridicat, ce conține o legătură macroergică. Provine din glucoză, via secvența Embden-Meyerhof pînă la acid piruvic, urmată de decarboxilarea oxidativă a acestuia. În principiu se poate obține atît din grăsimi cît și din aminoacizi. Participă la biosinteza acizilor grași, la transferul legăturilor macroergice în cadrul ciclului acizilor tricarboxilici etc. Acetilcoenzima A reprezintă materia primă pentru sinteza de colesterol. În ordinea importanței, producătorii de colesterol sînt ficatul, intestinul, cortexul adrenal și glandele sexuale. Suprarenalele și glandele sexuale îl utilizează ca materie primă pentru sinteza hormonilor specifici. Substanța nervoasă produce activ colesterol în perioada mielinizării nervilor — ultima parte a vieții intrauterine și imediat după naștere. În prezența acetilcoenzimei A, ca agent de acetilare a colinei, a adenozintrifosfatului și a ionilor de magneziu se sintetizează acetilcolina, reacție catalizată de colin-acetil-transferază → ACETILCOLINA. Acetilcoenzima A este deci un metabolit situat la interferența mai multor secvențe catabolice sau anabolice, în special a celor care implică înmagazinare sau eliberare de energie.

93. ACETILCOLINĂ ● Structural, acetilcolina este un ester al colinei, iar funcțional este mediatorul chimic al fibrelor colinergice din sistemul nervos parasimpatic, din fibrele simpatice preganglionare, de la nivelul plăcii motorii și din unele sinapse centrale. Dozele mici fiziologice exercită efecte parasimpatico-mimetice și de facilitare a transmiterii sinaptice centrale și periferice, în timp ce dozele mari pot exercita atît efecte excitante cît și deprimante.



Sinteza și degradarea acetilcolinei

Descrisă de HUNT (1907), DALE (1914) și LOEWI (1921), constituind, la noi în țară, începînd din 1919, obiectul unor studii susținute efectuate de D. IONESCU, D. DANIELOPOLU și V. PAPILIAN, acetilcolina este prezentă în majoritatea organelor, cu precădere însă în structurile nervoase centrale și periferice.

Acțiunea acetilcolinei se realizează prin intermediul receptorilor muscarinici în periferie,

al receptorilor nicotinici la nivelul central şi glandular, precum şi al unor receptori de tip intermediar (L. POPOVICIU). Acţiunile acetilcolinei se exercită la nivelul majorităţii aparatelor şi organelor: aparatul cardio-vascular, tractul gastro-intestinal, aparatul respirator, sistemul muscular, sistemul nervos central şi periferic. La nivelul sistemului nervos central efectele sînt dominant muscarinice şi pot fi excitatoare sau inhibitoare în funcţie de localizarea neuronilor asupra cărora acţionează (somn, convulsii, influenţe asupra unor reacţii comportamentale ca bioritmul somn-veghe, aportul alimentar şi hidric, influenţe asupra unor stări emoţionale). La nivelul sistemului nervos central a fost identificat un sistem colinergic reprezentat de neuronii ce conţin acetilcolină şi colinesterază (enzimă implicată în degradarea acetilcolinei). Localizarea acestui sistem este medulară şi telencefalică, iar acţiunea acetilcolinei asupra sistemului este dublă: nicotinică, rapidă — caz în care aceasta are rol de neurotransmiţător —, şi muscarinică, lentă şi de durată, cu funcţie de mediere a unor fenomene complexe ale activităţii nervoase.

Acetilcolina a fost implicată ca intermediar între faza serotoninergică şi cea noradrenergică a somnului paradoxal ca mediator chimic la nivelul ganglionilor bazali. Tulburări ale activităţii colinergice au fost corelate cu parkinsonismul şi coreea cronică. În primul caz, este implicată o deficientă dopaminergică în sistemele neuronale nigrostriate, care utilizează ca neuromediatori acetilcolina, acidul gamaaminobutiric, serotonina, noradrenalina, iar în al doilea caz — degenerarea neuronilor ce primesc influxuri colinergice. Dezechilibre în balanţa dintre sistemele dopaminergice şi colinergice, cu dominanţa celor dintîi, au fost implicate în apariţia simptomatologiei delirante din schizofrenie.

Sînt cunoscute şi efectele anticolinergice ale antidepresivelor, efecte care stau la baza reacţiilor adverse pe care le prezintă aceste substanţe în timpul tratamentului; de cele mai multe ori sînt cauza abandonării tratamentului de lungă durată din ambulator.

Numeroase substanţe farmacologice interferează cu receptorii muscarinici şi nicotinici, fiind utilizate fie ca reactivi farmacologici, fie ca agenţi terapeutici (exemplu: pilocarpina, fizostigmina etc.). S-a constatat, de asemenea, intervenţia unor anticolinergice în alterarea proceselor mnezice.

94. **ACETILCOLINESTERAZĂ** ● Enzimă care inactivează acetilcolina prin scindare în colină şi radical acetil. În aproape toate ţesuturile există două tipuri de acetilcolinesteraze; specifică şi nespecifică. Atît excesul, cît şi deficitul acestor enzime provoacă tulburări ale mediaţiei colinergice, cu răsunet funcţional important. Degradarea acetilcolinei sub acţiune enzimatică este un proces exergonic. Enzima este prezentă nu numai la nivelul sinapselor, ci este răspîndită în întreaga fibră nervoasă. La nivel cerebrospinal, enzima este distribuită în cantităţi mari în neuronii colinergici şi în terminaţiile nervoase din nucleii bazali, cortexul cerebral şi cerebelos, nucleii motori ai nervilor cranieni şi centrii respiratori. La nivel periferic, ea apare în fibrele vegetative preganglionare parasimpatice şi somatice, aflîndu-se localizată atît pre- cît şi post-sinaptic, precum şi intraaxonal. Enzima neuronală, sintetizată la nivel de pericarion, este condusă spre terminaţii prin transport axonal activ. Prezenţa colinesterazei este legată atît de necesitatea inactivării acetilcolinei eliberate, cît şi de necesitatea menţinerii unui echilibru stabil al depozitelor de acetilcolină, asigurat continuu prin sinteză. Tratamentul cu inhibitori colinesterazici provoacă intensificarea şi prelungirea efectelor acetilcolinei exogene, precum şi ale efectelor produse de stimularea nervilor acetilcolinergici. La nivelul organelor unde există un tonus parasimpatic mai important, implicînd eliberare de acetilcolină chiar în stare de repaus, inhibitorii colinesterazici provoacă efecte de tip parasimpatomimetic (bradicardie, exagerarea motilităţii gastro-intestinale, mioză, sialoree etc.).

95. **ACETOFENAZINE**(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-/4-(2-hidroxietil)-1-piperazinil/propil/fenotiazin-2-metil cetonă, cu acţiune antipsihotică, indicat în endogenii acute şi cronice; posedă valenţe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiţii de ambulator. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici:
TINDAL(M) S.U.A. TINDALA(M) Suedia.

96. **ACHALASIE/ACALAZIE** (cf. *a-*; *chalasis* „relaxare") ● Absenţă sau deficit al peristaltismului esofagian însoţită de lipsa de relaxare a sfincterului esofagian inferior. După un timp pot apărea dilataţii esofagiene tipice. Pacienţii se plîng de disfagie, disconfort şi regurgitări după mese, cu vomă. Mult timp această afecţiune a fost considerată psihogenă, în prezent putîndu-se demonstra originea ei

Scanned with OKEN Scanner

neurogenă. Prezintă interes psihiatric în ceea ce priveşte mai ales diagnosticul diferenţial (în care examenul radiologic are un sens hotăritor).

97. **ACHARD-THIERS**(S) — **sindrom** — sin. CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ ; MOREL(S) sindrom ; MORGAGNI(B) boală STEWART-GRIEG-MOREL(S) — sindrom; STEWART-MOREL(S) sindrom $\xrightarrow{sin}$ MORGAGNI-STEWART-MOREL(S) sindrom.

98. **ACHENBACH**(T) **test** ● Chestionar imaginat de autor pentru a fi folosit în clinica de psihiatrie infantilă. Cuprinde 138 de itemi care pot fi completaţi de mama copilului sau de clinician. Răspunsurile privesc scoruri pe scale diverse : de depresie, de comportament social, plîngeri somatice, trăsături schizoid-obsesive, hiperactivitate, probleme sexuale, delincvenţă, agresivitate, cruzime.

Scala poate fi folosită pentru copii de ambele sexe între 4 şi 16 ani. J. D. CAL (1986) consideră că această scală are proprietăţi psihometrice excepţionale.

99. **ACHERMAN**(S) **sindrom** ● Descris de autor în 1936, acest sindrom, supranumit şi sindromul trecutului, este legat de faza expansivă de dezvoltare a delirului schizofrenic. Bolnavul caută un refugiu în trecut pentru a încerca să iasă din suferinţele prezentului. Această întoarcere în trecut este rezultatul unor fenomene deosebite, ca inventarea unui trecut fals, perceperea unui alter ego paramnezic, fenomenul de „rotaţie", în care trecutul şi prezentul sînt percepute într-o succesiune circulară din care viitorul este exclus. Biografia subiectului se denaturează, luînd un aspect megalomanic, care însoţeşte delirul acestei faze. Se întîlneşte în schizofrenie şi parafrenie.

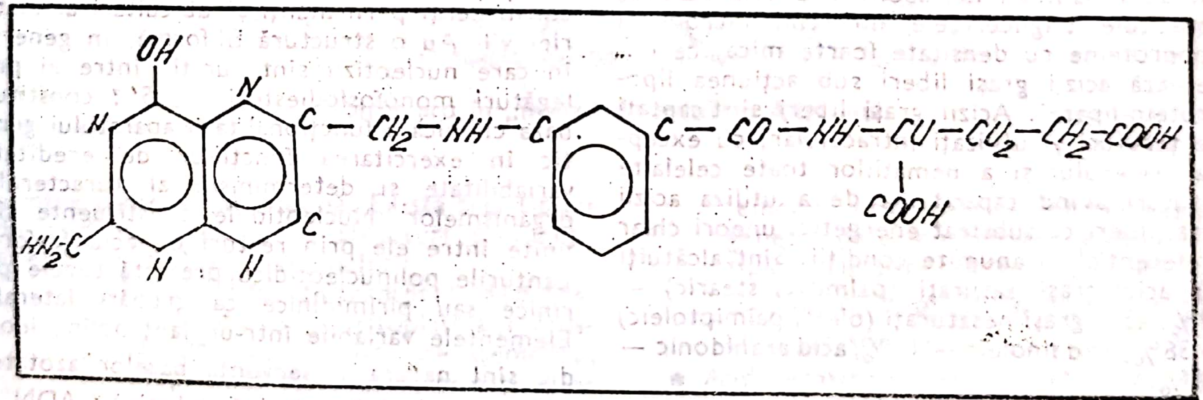
100. **ACHIZIŢIE** (cf. fr. *acquisition*) ● În sens larg, tot ce se poate obţine şi păstra, prin cumpărare, forţă fizică, presiuni psihologice, moştenire, licitaţie sau hazard. În psihologie, tot ce se obţine prin experienţă şi este tezaurizat ca „bun" individual sau colectiv. Depozitarul acestei experienţe, dobîndite la nivel individual prin instrucţie şi educaţie (formală sau informală), sub influenţe socio-culturale, este memoria individuală, prin mecanismele de stocare şi conservare. Achiziţia de informaţii, cunoştinţe, deprinderi, atitudini, valori, scheme mintale, algoritmi de lucru, pattern-uri comportamentale etc. se realizează progresiv în ontogeneză, pe măsura maturizării morfofiziologice şi intelectuale a copilului „candidat la umanitate" (după cum se exprimă plastic H. PIERON). Cultura umanităţii s-a înmagazinat şi imortalizat pentru posteritate în memoria socială, depozitată în cărţi, biblioteci, muzee, fotografii, filme, benzi sonore sau video, bănci de date etc.

101. **ACID ASCORBIC** (VITAMINA C) ● Vitamină care, din punct de vedere chimic, este gamma lactona acidului L-gulonic. Nu se cunoaşte decît o singură formă naturală activă, formele de sinteză avînd o activitate mai redusă. Biosinteza este realizată de plante şi de majoritatea animalelor. La om enzimele necesare biosintezei lipsesc ; deci acidul ascorbic este adus numai prin aport exogen. Se află în cantităţi apreciabile în legume şi fructe verzi. La regnul animal se găseşte în colostru şi lapte. În organism se află în concentraţii mari în suprarenale, hipofiză, peretele intestinal, umorile apoasă şi vitroasă, leucocite şi în cantităţi mici, în globulele roşii, muşchi, creier. Ca atare sau ca acid dehidro-ascorbic, vitamina C participă la transformările pe care diversele categorii de substanţe le suferă în organism : hidroxilări, oxidări, hidrogenări ; se pare că intervine în metabolismul general şi în întreţinerea ţesutului conjunctiv şi a substanţei fundamentale intracelulare, mai ales la nivelul pereţilor capilari şi tramei osoasă (hidroxiprolina este constituent al colagenului), măreşte concentraţia în fier, în fluidele organismului, deci potenţează efectele acidului folic în procesele metabolice, avînd un rol deosebit în hematopoeză. Unele cercetări recente au evidenţiat intervenţia favorabilă a acidului ascorbic în activitatea hormonală. Astfel :

- activitatea multor hormoni este mediată de adenozinmonofosfatul ciclic ;
- formarea adenozinmonofosfatului ciclic este catalizată de adenilciclază, care, la rîndul ei, este activată de catecolamine (adrenalină) ;
- biosinteza catecolaminelor are loc cu participarea acidului ascorbic în procesul de hidroxilare ; deci un nivel optim de vitamină C în organism asigură biosinteza corespunzătoare de adrenalină, necesară activării adenilciclazei, care catalizează formarea adenozinmonofosfatului ciclic, indispensabil unei bune activităţi hormonale.

Necesarul minim al organismului în vitamina C se consideră a fi 1 mg/kg corp zilnic, cu variații între 30 și 70 mg/zi (în funcție de autor). Există situații fiziologice sau maladii și disfuncții în care se impun aporturi sporite de vitamina C: copiii și adolescenții, femeile însărcinate, bolile febrile, afecțiunile virale și mai ales gripa, plăgi pe cale de cicatrizare, surmenaj, boala canceroasă, unele tulburări cardio-vasculare. Carența de acid ascorbic, rar întîlnită azi, determină „scorbutul clinic", manifestat diferit din funcție de vîrstă, de gravitatea carenței și de precocitatea instalării tratamentului.

102. ACID FOLIC — sin. ACID PTEROIL-GLUTAMIC ● Acid aromatic dicarboxilic rezultat din cuplarea acidului glutamic cu 2-amino-4-hidroxi-pterina prin intermediul acidului p-amino-benzoic. Face parte din grupul vitaminelor B; ia parte activă la procesele de sinteză și maturare a eritroblastului. Deficiența de acid folic reprezintă cauza principală a unor anemii macromegalocitare: sprue, anemia pernicioasă de sarcină, anemia macrocitară tropicală etc. Este o vitamină hidrosolubilă care, alături de celelalte, produce coenzime ce participă la reacții chimice esențiale pentru organism. Acidul folic dă naștere acidului tetrahidrofolic și derivaților acestuia. Reacția se desfășoară prin hidrogenare, cu participarea acidului ascorbic.



Nevoile zilnice de acid folic se apreciază la 5 µg — 0,2 mg. Absorbția se face la nivelul intestinului subțire, iar principalul organ de depozit este ficatul. Forma biologică activă este acidul folinic (Citrovorum Factor). Fiind, alături de alte vitamine din complexul B, substanțe cu rol de creștere pentru microorganisme și cu rol de vitamine pentru organismele superioare, carența de acid folic va determina efecte negative legate de rolurile pe care acesta le îndeplinește. Cel mai caracteristic este cel de anemie gravă, de tip megaloblastic, macrocitar și hipercrom. Aceasta înseamnă că în sîngele circulant apar forme primitive de eritrocite, cu dimensiuni mari și bogate în hemoglobină. Anemia de tip biermerian ar fi consecința perturbării grave a metabolismului acizilor nucleici, cu inhibiția sintezei de acid dezoxiribonucleic, de care depinde maturarea celulelor tinere (consecința este apariția megaloblaștilor). Ca și în cazul deficitului de vitamină B_{12}, se produc tulburări în funcțiile celulelor din tot organismul și uneori hematopoeza este mai puțin afectată decît funcția sistemului nervos. Sindromul neuropsihic, frecvent întîlnit și înainte de era vitaminoterapiei, avînd adeseori consecințe grave, constă în tulburări prosexo-mnezice, depresie, agitație, stări maniacale sau paranoide, halucinații auditive, uneori cu evoluție spre demențiere. Semnele psihice pot preceda manifestările hematologice; subiectul fiind etichetat greșit ca bolnav psihic. Frecvent se asociază manifestări neurologice, care se pot sistematiza într-un sindrom pseudotabetic, piramidal, de secțiune medulară etc.

103. ACID GAMAAMINOBUTIRIC sin. → GABA.

104. ACID GLUTAMIC — sin. ACID α-AMINOGLUTARIC; HOOC $CH_2CH(NH_2)$ COOH ● Aminoacid monoaminodicarboxilic implicat în numeroase procese metabolice (dezaminare, transaminare etc.) și funcționale ale creierului, ficatului, rinichiului etc. Este singurul aminoacid care îndeplinește rolul de substrat energetic pentru celula nervoasă, mai ales în lipsa glucozei; concentrația în sîngele uman —

0,7 mg/100 ml ; concentrația în urină la 24 de ore — 250 mg. În creier sînt prezente și active atit sistemele enzimatice necesare sintezei și degradării acestui aminoacid, cit și acelea ce pot asigura interreacțiile sale metabolice cu glucidele, lipidele, protidele. Prin formare de acid aminoglutaric, se poate produce spontan acid α-cetoglutaric la un nivel redus al amoniacului tisular ; prin glutamat-dehidrogenază și prin transaminare, acidul glutamic ar putea deci înlocui, într-o oarecare măsură, glucoza în procesul respirator celular, alimentînd ciclul acizilor tricarboxilici cu acid α-cetoglutaric. Sistemul glutamină-acid glutamic joacă un rol foarte important în reglarea metabolismului amoniacului (toxic nervos) în sistemul cerebral, după reacția :

acid glutamic + $NH_3 \Rightarrow$ glutamină

Sub formă de acid glutamic (GLUTAROM(M)) servește ca substrat pentru detoxifierea amoniacului acumulat în organism. Administrarea este indicată în : encefalopatie hepatică, starea de rău epileptic, oligofrenie, neurastenie, surmenaj psihic, cecitate (discutabil).

105. **ACIZI GRAȘI LIBERI** — sin. FFA (free fatty acids) ; NEFA (non esterified fatty acids) ● Concentrație 5—25 mg% ml plasmă. Sursa principală este hidroliza trigliceridelor în țesutul adipos, reacție prin care depozitele de grăsimi furnizează substanțe energetice pentru restul organismului. Factorii ce determină intensitatea hidrolizei trigliceridelor din țesutul adipos (lipoliza) și afluxul de acizi grași țin de modificări metabolice. O altă sursă o constituie trigliceridele din chilomicroni și lipoproteine cu densitate foarte mică, ce eliberează acizii grași liberi sub acțiunea lipoprotein-lipazei. Acizii grași liberi sînt captați de țesuturi și utilizați intracelular, cu excepția creierului și a hematiilor toate celelalte țesuturi avînd capacitatea de a utiliza acizii grași liberi ca substrat energetic, uneori chiar preferențial în anumite condiții. Sînt alcătuiți din acizi grași saturați (palmitic, stearic) — 49%, acizi grași nesaturați (oleic, palmiptoleic) — 38%, acid linoleic — 10%, acid arahidonic — 1,3%.

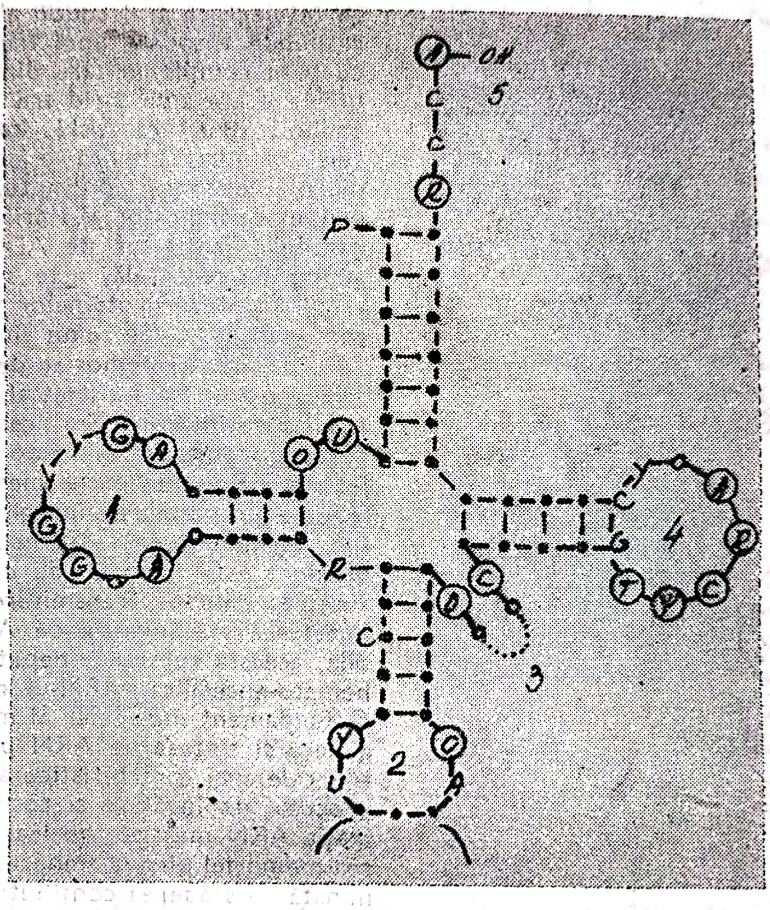
106. **ACID 5-HIDROXINDOL ACETIC** ● Produs final de degradare a serotoninei, prezent în cantități mari în urina bolnavilor cu sindrom carcinoid. Se detectează în extractul de urină cu solvenți organici, prin reacții de culoare. Nivelul acidului 5-hidroxindol acetic în lichidul cefalorahidian, ca produs de metabolism al serotoninei, este o reflectare indirectă a nivelului serotoninei eliberate la nivel cerebral. Neuromediatorii implicați în apariția depresiei severe sînt serotonina și noradrenalina. Deoarece administrarea reserpinei, IMAO și antidepresivelor triciclice afectează atit serotonina cit și noradrenalina, este dificil de precizat care din cele două substanțe este implicată în tulburările depresive. Administrarea triptofanului, ca precursor al serotoninei, poate stimula formarea de serotonină, fără creșterea noradrenalinei. Pe de altă parte, modificări evidente ale serotoninei au fost decelate la unii pacienți depresivi. Studiile au evidențiat că unii subiecți aveau un nivel normal al acidului 5-hidroxindol acetic, în timp ce la alții nivelul era extrem de redus, ceea ce coincide clinic cu o „depresie întîrziată". De asemenea, nivelul redus al serotoninei a fost constatat în creierul pacienților suicidari, în comparație cu cei la care moartea a survenit din alte cauze. Nivelul serotoninei crește în schimb sub acțiunea antidepresivelor.

107. **ACID HOMOVANILIC** ● Produs final al metabolismului dopaminei. Cantitățile sînt proporționale cu numărul și frecvența stimulării neuronilor dopaminergici. Pentru a aprecia activitatea receptorilor dopaminergici, se poate măsura conținutul cerebral de acid homovanilic.

108. **ACIZI NUCLEICI** ● Polimeri tetranucleotidici, a căror unitate elementară — nucleotidul — este formată dintr-o bază purinică sau pirimidinică, acid fosforic și o pentoză, constituenți permanenți și ubicuitari ai materiei vii. Au o structură filiformă, în general, în care nucleotizii sînt uniți între ei prin legături monofosfodiesteri 3', 5' ; constituie baza chimică a funcționalității aparatului genetic în exercitarea funcțiilor de ereditate, variabilitate și determinism al caracterelor organismelor. Nucleotidele constituente sînt unite între ele prin resturi de acid fosforic. Lanțurile polinucleotidice prezintă bazele purinice sau pirimidinice ca grupări laterale. Elementele variabile într-un lanț polinucleotidic sînt natura și secvența bazelor azotate ; ARN — adenină, guanină, citozină ; ADN — adenină, guanină, citozină, timină. În 1953, WATSON și CRICK au propus structura dublu helicoidală pentru ADN, în care două lanțuri polinucleotidice sînt înfășurate cu bazele spre interiorul structurii, în așa fel încît bazele aflate în aceeași poziție se află față în față și unite prin legături de hidrogen, care stabilizează structura spațială a dublului helix.

● *Acid ribonucleic (ARN, RNA)* — Acid nucleic alcătuit din ribonucleide, sub formă de structură primară monocatenară sau sub formă bicatenară dublu helicoidală ; este sintetizat în nucleul celular, de unde difuzează în mare parte în citoplasmă. Există trei tipuri de acid ribonucleic, cu structuri și funcții diferite în sinteza proteinelor :

— ARN solubil sau de transport, de transfer. Se află dizolvat în citoplasmă și transportă aminoacizi (aflați, de asemenea, în citoplasmă) la nivelul formațiunilor unde are loc sinteza moleculei proteice.
— ARN ribozomal intră în constituția citoplasmei și la nivelul său are loc biosinteza proteinelor. În ribozomi, acest ARN este combinat cu proteine de diverse tipuri.
— ARN mesager, sin. ARN informațional, este sintetizat în celule la nivelul aparatului genetic, prin reacția biosintetică de transcriere, fiecare genă care se exprimă fenotipic contribuind cu rol de matrice în sinteza ARN mesager, care, la rîndul ei, are rol de matrice în biosinteza proteinelor ; el translocă mesajul genetic din secvența dezoxinucleotidică în angrenajul biochimic al sintezei proteinelor, prin intermediul său aparatul genetic determinîndu-și expresia fenotipică. Se pare că există și un ARN imunogen, implicat în răspunsul imun al organismului.

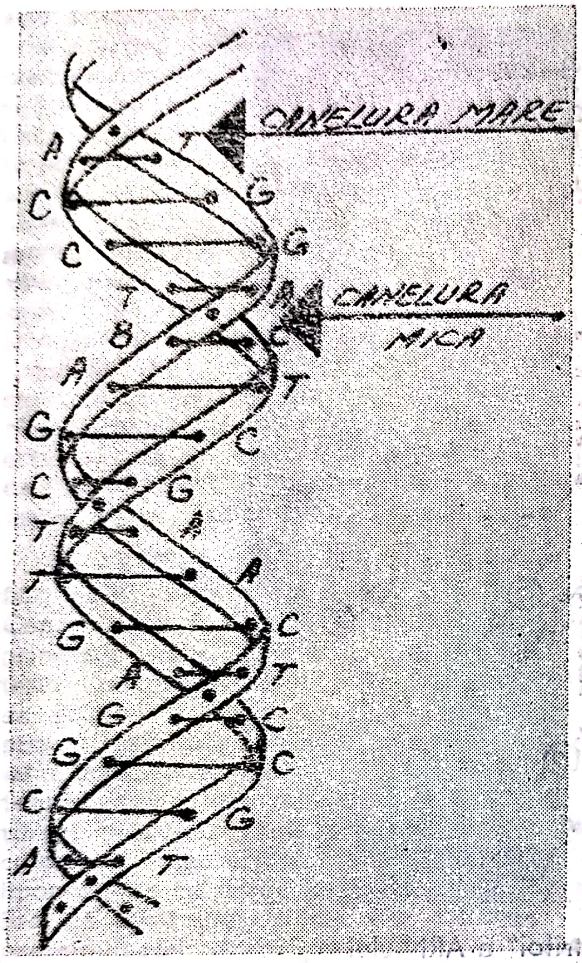


Structura în „frunză de trifoi" a ARN-ului

● *Acid dezoxiribonucleic (ADN)* — sin. ACID TIMONUCLEIC. Component specific al nucleului celular, cu structură complexă bicatenară, helicoidală, în care intră acid fosforic, o pentoză (dezoxi-2-riboză) și cîte două baze purinice (adenina și guanina) și pirimidinice (timina și citozina) ; greutatea moleculară poate ajunge pînă la 160×10^{6} daltoni. Este considerat ca purtătorul informației genetice, fiind materialul genetic însuși. Prin

Scanned with OKEN Scanner

biosinteză replicativă, transmite caracterele în succesiunea de generații, iar prin intermediul determinării sintezei acizilor ribonucleici, coordonează calitativ și cantitativ sinteza proteinelor.



Aspectul dublului helix

● *Sinteza acizilor nucleici.* Se face sub acțiunea unor sisteme enzimatice — ADN-polimeraze active —, cînd în mediul de reacție se află o cantitate mică de „tipar" sau „matrice" de ADN, toate cele patru molecule specifice și ionii de magneziu. Se obține un ADN bicatenar. Se realizează un fenomen de „replicare", după tiparul ADN-matriceal, replicare care este semiconservativă, fiecare moleculă de ADN rezultată avînd o catenă din molecula de ADN din care provine. Sinteza ARN se face sub acțiunea ARN-polimerazei, în prezența ionilor de magneziu și a nucleotidelor caracteristice ARN-ului. Astfel ia naștere ARN-ul mesager, adică are loc „transcrierea" sau „transcripția" de ADN matriceal, genetic în ARN mesager, care ulterior va lua parte la sinteza proteinelor. Deci ARN și ADN iau parte la realizarea codului genetic în care, pentru fiecare aminoacid, există un triplet de nucleotide din ARN mesager, numit „codonul" aminoacidului. Ținînd seama că ARN mesager s-a format prin transcrierea ADN-ului genetic, se înțelege că acel codon al aminoacidului corespunde totodată unui triplet de nucleotide cu baze complementare din constituția ADN-ului. Fiecare aminoacid are unul sau mai mulți codoni. Structura ARN, împreună cu mediatorii chimici, implică diferențele biochimice dintre neuroni. Conținutul în ARN a fost propus ca indicator al stării funcționale a neuronului. Cantitatea de ADN, deși redusă în substanța cerebrală, este suficientă pentru a asigura sinteza proteinelor și a ARN mesager corespunzător. Se emit interesante ipoteze de corelare a memoriei de lungă durată cu acizii nucleici ca substrat al acesteia și al procesului de învățare. Se încearcă stabilirea unei corespondențe între memoria genetică, manifestată prin transmisia mesajului genetic, și fenomenul mintal, de înregistrare, al memoriei (pe termen lung). Corependența în acest moment este formală, de expresie, și nu de substrat chimic. Transmiterea memoriei prin injectarea sau ingestia de ARN este discutabilă, această substanță neputînd trece bariera hemato-encefalică. ARN-ul este considerat și ca fundament molecular al memoriei. Electrogeneza și sinteza de ARN par a fi proprietățile cele mai caracteristice ale neuronului. În procesul de învățare și condiționare, concentrația ARN mesager nuclear crește. Diminuarea memoriei pînă la amnezie ar putea fi determinată de scăderea conținutului de ARN și de creșterea frecvenței erorilor de transmisie și translație a informației de pe molecula de ADN neuronal.

109. **ACID VALERIC** — sin. ACID VALERIANIC ● Acid organic monocarboxilic (conținînd radicalul butil-) extras din rădăcinile unor plante (Valeriana officinalis, Angelica archangelica), cunoscute din vechime pentru calitățile lor aromatizatoare, dar mai ales pentru efectul „instantaneu" sedativ pe care-l produc sărurile acestui acid, utilizate sub forma diverselor tincturi. Ele continuă să fie și astăzi folosite cu mult succes în tratamentul micilor „crize de nervi" ale persoanelor labile emoțional, al neurasteniei cenestopate.

110. **ACIDURIE ARGININSUCCININICĂ** —sin.→ ALLAN-CUSWORTH-DENT[B] boală.

Scanned with OKEN Scanner

111. ACIFOL[M] Mexic — DCI *Propranolol* ● sin. Betablocant cu acțiune anxiolitică → PROPRANOLOL[M] România.

112. ACINO[M] Argentina — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene — derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică, de tip N-etil-α-metil-m-(trifluorometil) fenetilamină — există pericolul dependenței.

113. ACLUOFOBIE[F] (cf. gr. *achlys* „întuneric" ; *phobos* „frică") ● Termenul desemnează o frică patologică pentru întuneric și locuri întunecoase. În genere nu are valoare patologică, trădind, în majoritatea cazurilor, un grad de imaturitate a personalității. În copilărie este normală.

114. ACME/ACMEE (cf. gr. *akmē* „vîrf") — sin. FASTIGUIM ● Termen care inițial a fost folosit pentru a denumi valoarea cea mai crescută a unei curbe febrile și care, prin extindere, se folosește pentru a denumi punctul maxim de dezvoltare pe care un proces patologic îl poate atinge în evoluția sa.

115. ACMESTEZIE (cf. gr. *akmē* ; *aisthesis* „senzație") — sin. ACUESTEZIE ● Senzații tactile resimțite ca înțepături, de obicei nu foarte dureroase, întîlnite în nevroze și toxicomanii.

116. ACNEE (cf. gr. *akmē*) ● Este o inflamație foliculară de origine seboreică. Dintre varietățile de forme clinice, acneea juvenilă, polimorfă, se întîlnește mai frecvent între 11—15 ani, în etiologia sa fiind incriminate, pe lingă factori ereditari, nutriționali, dezechilibrul, androgeni-estrogeni etc. și tulburările psihice sau neurovegetative. O formă de acnee juvenilă este acneea excoriantă a tinerelor fete, întreținută prin traumatizare permanentă, obsesivă, prin stoarcere și scărpinare a pielii. Tulburările nervoase sînt incriminate, între alte cauze, și în producerea acneei rozacee, constînd din papule și papulo-pustule foliculare, pe un fond eritematos cu telangiectazii. Subiecții cu acnee și, în mod deosebit, tinerele persoane de sex feminin, pot manifesta sentimente de inferioritate, stări depresive, labilitate emoțională, irascibilitate, preocupări obsesive legate de afecțiunea lor, dificultăți în stabilirea de contacte cu anturajul. Importanța factorului neuropsihic (alături de factorii ereditari, endocrini, dietetici) pare a fi demonstrată și de asocierea frecventă dintre acnee și ulcerul duodenal, în care intervenția unei componente psihice este deja cunoscută.

117. ACOLASIE (cf. gr. *a-* ; lat. *collatio* „reunire" dar și „luptă", „ciocnire") ● Termen care nu se mai utilizează, fiind conceput inițial pentru a desemna o perturbare a capacității de abstinență, în sensul de revenire la dorință.

118. ACOMODARE (cf. lat. *accomodātio* „potrivire, conformare") ● În sens general, acomodarea desemnează adaptarea **sau** ajustarea unui organism la noile condiții **fiziologice** și de mediu → ADAPTARE ; mod adecvat de reactivitate a organismului la schimbările mediului.

● *În psihofiziologia optică*, prin acomodare se înțelege reglarea reflexă a curburii cristalinului, datorită elasticității acestuia și contracției mușchiului ciliar în raport cu stimulii aflați la distanțe variabile de ochi.

Acomodarea cristalinului constituie unul dintre cei opt factori responsabili de percepția spațiului, cu predilecție a profunzimii și a reliefului.

● *În psihologia genetică*, acomodarea este procesul complementar asimilării, din ale căror echilibrări succesive se realizează adaptarea psihică la mediu. Spre deosebire de adaptarea biologică — propriu-zisă —, care este nemijlocită și vizează întreg organismul, adaptarea psihică, prin care se înțelege integrarea condițiilor de mediu în structura internă a organismului, vizează numai o schemă de acțiune ce mijlocește adaptarea biologică, „o punere în echilibru, progresiv, între un mecanism asimilator și o acomodare complementară". Această distincție poate fi sesizată în observarea unor conduite foarte frecvente la nou-născuți : sugerea sinului, sugerea degetului ; în primul caz, se ajunge nemijlocit la introducerea de substanțe nutritive în organism, pe cînd sugerea degetului nu se soldează decît cu „invățarea" sucțiunii.

În timp ce prin asimilare se înțelege incorporarea sau absorbția unui obiect exterior sau a unei situații într-o schemă de acțiune interioară subiectului (schemă mintală sau model operațional), prin acomodare se înțelege adaptarea respectivei scheme la obiectul asimilat.

● *În psihologia socială*, acomodarea definește ansamblul modificărilor de ordin atitudinal și comportamental personal, care se produc în cadrul relațiilor interperso-

nale. Consecinţele acomodării între doi parteneri — ai unui dialog, cuplu conjugal, relaţii de muncă — constau în renunţarea reciprocă la unele idei, atitudini, valori, comportamente etc., corelată cu acceptarea şi respectarea(altora) de către ambii, ceea ce ar echivala cu un consens sau acord mutual.

● *În psihiatrie*, acomodarea se suprapune termenului general de adaptare, reflectînd o deschidere mai largă spre sfera modificărilor complexe psihofiziologice, survenite atît în mediul intern, cît şi în mediul extern, la care organismul trebuie neîncetat să se adapteze pe parcursul existenţei sale → ADAPTARE.

119. **ACONDROPLAZIE** (cf. gr. *a* ; *chondros* „cartilaj" ; *plassein* „a forma") → CONDRODISTROFIE FETALĂ.

120. **ACOPIE** (cf. gr. *a*- ; lat. *copia* ; fr. *copier*) ● Tulburare constînd din imposibilitatea bolnavului afazic de a efectua comanda de copiere a unui text oferit de examinator.

121. **ACORIE** (cf. gr. *a*- ; *koros* „saţietate") — sin. APLESTIE ; BOAS-MATHIEU[s] sindrom ● Termen introdus în limbajul psihiatric de către BOAS şi MATHIEU, la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi reactualizat de LACASSIE ; denumeşte o tulburare gravă, constînd în lipsa senzaţiei de saţietate în condiţiile unui aport alimentar normal sau chiar crescut. Trebuie făcută distincţia dintre acorie (absenţa senzaţiei de saţietate) şi bulimie, care reprezintă echivalentul ei comportamental. Absenţa senzaţiei de saţietate nu reprezintă întotdeauna un fapt patologic, ea putînd fi realizată şi la subiecţi normali prin antrenament. HIPOCRATE, de altfel, a acreditat acest termen, drept lipsă de moderaţie în consumul alimentar.

În patologie, acoria, cu echivalentul ei comportamental bulimia, se întîlneşte în schizofrenie, demenţe, debilitate mintală.

122. **ACRAM** (arab) ● Termen prin care este desemnată tulburarea comportamentului sexual de tip satiriazis sau nimfomanie.

123. **ACRANIE** (cf. gr. *a*- ; *kranion* „craniu") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACEFALIE.

124. **ACRAZIE** (cf. gr. *a*- ; lat. *cras* „mîine") ● Perturbare a moderaţiei şi amînarea lucidă în abstinenţă.

125. **ACREAŢIE** (cf. gr. *a*- ; lat. *creatio* „procreare, naştere") ● Proces realizat prin simpla coeziune a unor elemente date sau prin adăugarea altora, ce nu constituie valori în sine. Produsul obţinut, deşi îmbogăţit faţă de modelul primar, nu reprezintă rezultatul unui proces creativ, generator de noi valori. Fără a atinge neapărat sfera patologică, fenomenul poate fi întîlnit la subiecţi lipsiţi de imaginaţie şi de simţ al propriei valori, care realizează simple colaje. Ei pot genera idei de revendicare şi mai ales de persecuţie.

126. **ACRINIE SALIVARĂ** (cf. gr. *krene* „izvor, fîntînă") — sin. APTIALIE ; APTIALISM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ASIALIE.

127. **ACROAGONINĂ** (cf. gr. *akros* „extremitate" ; lat. *agonia*) ● Substanţă presupusă a fi produsă la nivelul cerebral în urma tratamentului convulsivant. CERLETTI, autorul sismoterapiei, a presupus, de asemenea, că această substanţă ar putea fi produsă prin electroşocuri făcute la animal, apoi izolată şi administrată unor subiecţi psihotici, prin injectare intramusculară. Alţi cercetători au aplicat chiar în practică această metodă, folosind ser homonim de la bolnavii care făcuseră seismoterapie.

Rezultatele fiind discutabile, după apariţia neurolepticelor s-au abandonat aceste studii.

128. **ACROANESTEZIE** (cf. gr. *akros*- ; *anaisthesis* „insensibilitate") ● Diminuare a sensibilităţii la nivelul extremităţilor membrelor, în special pentru durere. Opus ACROESTEZIEI.

129. **ACROASFIXIE CRONICĂ HIPERTROFICĂ** — sin. ACROCIANOZĂ ELEMENTARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CASSIER[s] sindrom.

130. **ACROCEFALIE** (cf. gr. *akros*- ; *kephale* „cap") — sin. CRÂNE DE THERSIL ; CRÂNE EN TOUR ; HIPSICEFALIE ; HIPSOCEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE ; TURICEFALIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ THERSIL[s] sindrom.

131. **ACROCEFALOPOLISINDACTILIE** $\xrightarrow{\text{sin}}$ CARPENTER[s] sindrom.

132. **ACROCEFALOSINDACTILIE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ APERT(S) sindrom.

133. **ACROCIANOZĂ** (cf. gr. *akros-* ; *kyanos* „albastru") ● Termen prin care este denumită cianoza rece, persistentă, nedureroasă, a extremităţilor, asociată cu hipotensiune locală, urmare a unei creşteri a tonusului arteriolar şi a dilatării secundare a capilarelor şi venulelor, datorate unei dereglări neurovegetative ; cedează la acetilcolină.

În psihiatrie, poate fi observată uneori la schizofreni (în special la forma hebefrenică), iar unii autori sînt tentaţi să o atribuie biotipului astenic.

134. **ACROCIANOZĂ ELEMENTARĂ** — sin. ACROASFIXIE CRONICĂ HIPERTROFICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CASSIER(S) sindrom.

135. **ACRODINIE** (cf. gr. *akros-* ; *odunē* „durere")— sin. BOALĂ ROZĂ; CHAROON(B) boală ; ERITEM POLINEUROTIC ; SELTER-SWIFT-FEER(B) boală; TROFODERMATONEUROZA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ERITEM AUSTRALIAN.

136. **ACROESTEZIE** (cf. gr. *akros-* ; *aisthesis* „senzaţie") ● Creşterea sensibilităţii la nivelul extremităţilor membrelor, în special la durere. Opus, ACROANESTEZIE.

137. **ACROFOBIE(F)** (cf. gr. *akros-* ; *phobos* „frică") — sin. HIPSOFOBIE(F) ● Frică excesivă de locuri inalte (înălţime) ; se traduce printr-o senzaţie de vertij. Întilnită în nevroze, unde, de obicei, nu este singulară şi nu are semnificaţie majoră. Nu include frica generată de aparate de zbor → AEROACROFOBIE, AEROFOBIE.

138. **ACROHIPOTERMIE** (cf. gr. *akros-* ; *hypo* „mai mic" ; *thermē* „căldură") ● Frecvent asociată acrocianozei, se întîlneşte la unii bolnavi schizofreni şi constă dintr-o răceală ieşită din comun a extremităţilor.

139. **ACROKINEZIE** (cf. gr. *akros-* ; *kinesis* „mişcare") ● Termen semiologic prin care este denumită mobilitatea deosebită, atît ca amploare, cît şi ca rapiditate, a extremităţilor prezentă în stările de agitaţie psihomotorie.

140. **ACROMACRIE PFAUNDLER(B) boală** — sin. ARAHNODACTILIE ; DISMEZECTOPIE LAVAL ; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE ; DOLICOMORFIE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ACHARD(S) sindrom ; MARFAN-ERB(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOLICOSTENOMELIE.

141. **ACROMANIE** (cf. gr. *akros-* ; *mania* „nebunie") ● Termen care nu se mai utilizează astăzi, semnificînd o afecţiune psihică cronică, incurabilă.

142. **ACROMATICE(H) halucinaţii** (cf. gr. *a-* ; *chroma* „culoare") ● Deşi in halucinaţiile vizuale accentul nu cade pe culoare, ci pe conţinutul halucinator, „forma şi scopul reprezentărilor" (H. EY), totuşi se pot face diferenţieri după nivelul gradului de culoare. Astfel, majoritatea halucinaţiilor psihice sînt „acromatice" (spre deosebire de cele psihosenzoriale), fiind adesea caracterizate prin obscuritate ; autorii germani le-au descris sub numele de „hell-dunkel Halluzinationen". Între complexitatea imaginii şi culoarea ei există, după J. L. *WEST*, un raport invers proporţional.

143. **ACROMATOPSIE** (cf. gr. *a-* ; *chroma*) ; *opsis* „vedere") — sin. ACROMATIE (rar) , ANOMALIA DAUBENEY-HUDDART ; CECITATE CROMATICA ; MONOCROMATISM ● Tulburare de vedere constînd în imposibilitatea percepţiei colorate a obiectelor, asociată cu : scăderea acuităţii vizuale generale (datorită absenţei vederii foveale), nistagmus şi nictalopie (datorită nefuncţionării conurilor retiniene). Acromatopsia poate fi totală, în sens de vedere „monocromatică" (alb/negru) sau parţială discromatopsie sau daltonism), în sens de incapacitate de percepere a unei anumite culori (cecitate pentru roşu — protanopia ; cecitate pentru verde — deuteranopia ; cecitate pentru albastru şi violet — tritanopia) sau de discriminare între tonalităţi cromatice diferite (aneritrocromatopsia, aneritropsia). Potrivit teoriei JUNG-HELMHOLTZ, formele de acromatopsie se datorează absenţei unuia sau a două dintre cele trei procese cromatice responsabile de formarea senzaţiei de lumină. Această afecţiune nu permite exercitarea anumitor profesiuni şi poate ridica probleme de

Scanned with OKEN Scanner

diagnostic în clinica psihiatrică și în expertiza capacității forței de muncă, în absența unui examen oftalmologic complet.

144. **ACROMEGALIE** (cf. gr. *akros-* ; *megalos* „mare") — sin. MACROSOMIE HIPOFIZARĂ ACROMEGALICĂ • Afecțiune noncongenitală, de natură endocrină, datorată producerii în exces a hormonului somatotrop-hipofizar (STH) de către celulele eozinofile ale hipofizei anterioare (de obicei — adenom hipofizar, mai rar hiperplazie simplă). Excesul hormonal acționează asupra unui organism a cărui creștere osoasă în lungime este terminată, izbucnind brusc între 20—30 ani. Boala a fost descrisă în 1886 de către Pierre MARIE, care a stabilit legătura dintre simptomatologie și leziunea hipofizei. Apariția dereglării hormonale în etapa prepubertară duce la gigantism, după cum apariția la vîrsta adultă duce la acromegalie. Simptomatologia bolii rezultă din :

- efectele excesului de STH : asupra creșterii în lățime a osului ; asupra masei musculare, viscerale etc. ; asupra metabolismelor ;
- efectele mecanice de compresiune, datorate creșterii în volum a adenomului hipofizar ;
- efectele dereglării hipotalamo-hipofizare asupra altor funcții endocrine.

Două aspecte ale simptomatologiei acestei boli sînt importante : primul, al simptomelor neurologice datorate fenomenelor mecanice de compresiune și, celălalt, al modificărilor psihice din cadrul acestei boli — modificări nespecifice, superpozabile în general cu noțiunea de psihosindrom endocrin (M. BLEULER). Datorită fenomenelor de compresiune determinate de volumul adenomului, în formele de adenom (intrahipofizar, intraselar și extraselar) apar constant cefalee, dureri nevralgice, tulburări oculare, fenomene de hipertensiune intracraniană (HIC). Cefaleea (de cauză organică, lezională) este determinată inițial de distensia cortului meningean, care formează plafonul șeii turcești. Are un caracter persistent, continuu, cu sediu bitemporal, biparietal, retroorbitar sau în vertex. Este rezistentă la medicația analgezică și este însoțită frecvent de fenomene oculare : lăcrimare, fotofobie, fosfene, amauroză. În faza cea mai avansată de evoluție, ruperea cortului selar și expansiunea extraselară a adenomului provoacă fenomene de HIC, cefaleea devenind paroxistică, însoțită de vărsături incoercibile, în jet, fără efort, precedate de greață. În această etapă apar frecvent crize comițiale. Durerile nevralgice, datorate strîmtorării orificiilor de emergență a nervilor cranieni, au caractere specifice nervului afectat : cefalee de tip oftalmic, Arnold, vertebral sau facial etc. Fenomenele otfalmice apar în stadiul de evoluție extraselară a adenomului, datorită comprimării chiasmei optice. Subiectiv se înregistrează fenomene ca : fosfene, amauroză, diminuarea acuității vizuale. Obiectiv, se pun în evidență modificări ale cîmpului viazual (aspect specific la campimetrie). Examenul fundului de ochi indică modificări datorate fenomenelor de HIC : atrofii ale nervului optic, decolorare și edem papilar. Ca tulburări psihice se notează, în faza precoce : apatie, lipsă de inițiativă, labilitate afectivă, scăderea performanțelor prosexo-mnezice. În faza tardivă, bolnavul dezvoltă stări reactive față de suferința fizică cronică, constînd în stări depresive cu idei de inutilitate, stări disforice și dismorfofobie. În cazul fenomenelor de HIC pot apare stări confuzionale. Comportamentul sexual este alterat, manifestîndu-se tulburări de dinamică sexuală, libido scăzut, frigiditate, dereglări de ciclu menstrual care pot merge pînă la amenoree. Psihoza maniaco-depresivă și schizofrenia par să se asocieze mai rar cu acromegalia și, în cazurile cînd totuși asocierea se produce, personalitatea este grav afectată. Subiecții sînt deseori impulsivi, cu oscilații ale dispoziției, explozii de furie, uneori prezintă somnolență.

145. **ACROMICRIE** (cf. gr. *akros-* ; *mikros* „mic") • Termen utilizat de KRETSCHMER și de PENDE pentru a desemna tipul constituțional caracterizat prin talia mică și scurtimea extremităților.

146. **ACROMIMIE** (cf. gr. *akros-* ; *mimikē* „mimică") — sin. IDIOȚIE FURFURACEE ; MONGOLISM ; SEGUIN[B] boală → sin. LANGDON-DOWN[S] sindrom. La recomandarea OMS termenul de MONGOLISM nu se mai utilizează

147. **ACROPARESTEZIE** (cf. gr. *akros-* ; *para* „alături" ; *aisthesis* „senzație") • Tulburare în sfera sensibilității, cu localizare la nivelul extremităților membrelor superioare sau inferioare, și resimțită de subiect în mod diferit ca înțepătură, amorțeală, furnicătură (însoțită și de acrocianoză, ca în sindromul Schultze) ; este frecvent acuzată de bolnavii nevrotici (aproape toate formele de neuras-

tenie dar, în special cenestopată), dar apare și la cei cu tulburări de tip artrozic vertebro-periferic, medular etc.

148. ACROPARESTEZIE NOCTURNĂ sin. → PUTNAM-SCHULTZE[(S)] sindrom.

149. ACROPATIE (cf. gr. *akros-* ; *pathos* „suferință") ● Termen, cu o arie largă de semnificație, în care sînt cuprinse generic afecțiunile ce interesează extremitățile (acromegalie, acromicrie, acrodinie etc.) ; acestea implică atît manifestări psihice de acompaniament al etapei, cît și manifestări care intervin în modelarea personalității subiectului. Termenul însă nu este utilizat, deoarece pentru specialist este prea vag, și nu are nici frecvența necesară pentru a intra în uzul curent.

150. ACT (cf. lat. *actus* „mișcare, activitate" ; fr. *acte*) ● Desfășurarea unui proces fizic sau psihic avînd o anumită finalitate ; trecerea programată de la o stare inițială către o stare finală, prefigurată de cauzalitatea imanentă a celei dintii. La nivel biologic (inclusiv în conduita elementară a omului), se întîlnesc acte reflexe, predeterminate instinctual sau condiționate de experiență, care se desfășoară inconștient, automat, asigurînd satisfacerea adaptativă a funcțiilor vitale și evoluția filogenetică a organismelor vii. Existența umană, privită pe coordonatele ei specifice, reprezintă o transformare intenționată, conștientă și premeditată a posibilității în realitate. În această ipostază, actul apare ca acțiune, intervenție a subiectului orientat de prefigurarea mintală a unui scop, în succesiunea spontană a evenimentelor și proceselor naturale, vizînd o anumită schimbare în sfera realului. I se poate conferi și accepțiunea de finalitate a unui proces orientat către un anumit scop : faptul împlinit, ca trecere deplină de la posibil la real, de la intenție la realizare, în cazul conduitei umane. Ambele accepțiuni își au originea în metafizica lui ARISTOTEL, pentru care actul se corelează dialectic cu posibilitatea (disponibilitățile virtuale de devenire ale unei realități), avînd, pe de o parte, înțelesul de trecere de la posibil la real, iar pe de altă parte, desemnînd starea finală a acestu proces. Faptul împlinit reprezintă o epuizare a posibilului prin realizarea acestuia.

O contribuție deosebită la psihogeneza actelor a fost adusă de S. FREUD, J. PIAGET, H. WALLON, P. JANET, care, de pe poziții diferite, au subliniat rolul actelor în activitatea și expresia psihică. De altfel ele preocupă, sub o formă sau alta, pe orice psiholog și psihiatru.

151. ACT COMPULSIV (cf. lat. *actus-* ; *compulsus* „izbire") COMPULSIUNE.

152. ACT DETURNAT (fr. *acte détourné*) ● Termen întîlnit uneori în limbajul psihanalitic, pentru a desemna transformarea unui act determinat de o impulsiune subită, căreia subiectul îi cedează pe moment, într-un alt act cu altă semnificație. Este implicată o inhibiție a impulsiunii primare, care se manifestă însă după declanșarea actului motor, astfel încît acesta suferă o corijare și o transformare substanțială, sensul primar nemaiputînd fi recunoscut (exemplu : un copil cedează brusc impulsului de a alerga și a-și îmbrățișa mama și se îndreaptă spre aceasta, dar imediat apare teama de a fi respins și își deviază traiectoria, trecînd pe lîngă mama sa).

153. ACT HABITUAL (fr. *acte habituel*) ● Trăsătură caracterială, manifestată încă din copilărie, exprimată printr-un comportament repetitiv, atît la nivel biologic (propriu organismului), cît și la nivel relațional, prin modul de orientare selectivă spre obiectele din mediu, grijă sau entuziasm excesiv, supraprotejare. Noțiunea confirmă influența pe care mediul socio-cultural o exercită asupra dezvoltării personalității.

154. ACT IMPERATIV (fr. *acte impératif*) ● Act lipsit de intenționalitate proprie, îndeplinit de subiect în virtutea unei coercițiuni reale (necesitate fiziologică) sau imaginar-morbide (gînduri, gesturi, acțiuni, sentimente, care îi sînt impuse din exterior, de forțe ostile → XENOPATIE) ; este frecvent întîlnit în psihopatologie, în cadrul sindromului de automatism mintal Clerambault. Cînd apare pe un fundal de depersonalizare și de disociere psihotică, participarea voinței este nulă.

155. ACT IMPERIOS (fr. *acte impérieux*) ● Modalitate de acțiune specifică fenomenului obsesional („obsesie în acțiune") în care subiectul, deși săvîrșește în mod forțat, împotriva voinței sale, unele gesturi repetitive, stereotipe, luptă, în același timp conștient contra acestei tendințe → COMPULSIUNE.

156. ACT IMPULSIV (fr. *acte impulsv*) ● Descărcare psihomotorie cu debut și sfîrșit brusc exprimînd eliberarea „instinctelor" de sub controlul rațiunii, al cenzurii care, în mod normal, asigură frînarea acestora. Re-

Scanned with OKEN Scanner

zultatul, pe care subiectul nu-l poate nici anticipa, nici modela, constă din aspecte de auto- sau heteroagresivitate, de o gravitate variabilă.

157. **ACT MEDICAL** (fr. *acte médical*) ● Act pentru îndeplinirea căruia nu este autorizat decît medicul şi/sau personalul medical ; este legat de starea de sănătate sau de boală a persoanei sau colectivităţii.

158. **ACT MEDICO-LEGAL** (fr. *acte médico-légal*) ● Document care conţine rezultatul, în totalitate sau în parte, al unei expertize medico-legale, într-un caz cu implicaţii judiciare. Actele medico-legale legate de psihiatrie sînt reprezentate mai ales de rezolvarea dilemei responsabil/iresponsabil → IRESPONSABILITATE/RESPONSABILITATE.

159. **ACT PATOLOGIC** (fr. *acte pathologique*) ● Poate reprezenta prima manifestare ce atrage atenţia asupra unei boli psihice, tulburările din plan ideativ sau perceptual fiind încă inaparente sau încă mascate prin posibilităţile de disimulare. În stabilirea diagnosticului psihiatric, studiul actelor bolnavilor constituie un element important. Fiecare act trebuie studiat în funcţie de datele externe (condiţiile în care s-a desfăşurat), de mobilul pe care l-a avut, de antecedentele personale (conduita anterioară, mediul de provenienţă, educaţia) şi de datele interne, legate de modul detaliat de desfăşurare a actului (spontan, absurd, impulsiv). Aceasta îl ajută pe psihiatru în stabilirea cauzei determinante a actului (idei delirante, halucinaţii, stări afective particulare, surmenaj). Determinismul actelor patologice îl constituie tulburările psihice, fie acute (bufeu delirant), fie rezultate din decompensări ale unor afecţiuni psihice cronice, în care subiectul are un comportament cvasinormal în perioada dintre pusee. Unele acte patologice pot fi delictuale şi sînt efectuate datorită convingerilor delirante ale subiectului, sub îndemnul „vocilor" halucinatorii sau ca o apărare împotriva lor ; pot atrage atenţia, atunci cînd sînt ilogice, asupra unei stări demenţiale, iar cînd apar într-o formă particulară (exemplu : ritualuri), asupra unei personalităţi psihastenice sau a unei nevroze obsesive.

● *Delirul actelor* — noţiune introdusă de Brierre de BOISMONT, corespunde termenului de „nebunie raţională", căruia i se va substitui, şi se referă la subiecţii cu tulburări psihice dar cu capacitate integră de judecată, patologicul rezultînd doar din conduita şi actele lor ; se întîlneşte, de obicei, în psihoza maniaco-depresivă.

160. **ACT PSIHOLOGIC** (fr. *acte psychologique*) ● Orice manifestare de ordin psihic, cu caracter individual (spre deosebire de actul social) şi intenţional. Actele psihologice reflectă conţinuturi şi mecanisme psihologice specifice proceselor sau fenomenelor psihice, pe care le exprimă într-o formă extern-obiectivă (act motor) sau intern-subiectivă (reprezentare, imagine mintală, concept, sentiment etc.).

161. **ACT RATAT** (fr. *acte manqué*) ● Tulburare accidentală, inconştientă, în care scopul propus nu este atins, prin înlocuirea actului necesar cu un altul care, fără să deformeze intenţia, deturnează scopul. Substituirea este accidentală şi inconştientă, fără să deformeze intenţionalitatea iniţială.

În 1904, apare lucrarea lui FREUD „Psihopatologia vieţii cotidiene" care cuprinde analiza actului ratat, analiză reluată în „Introducere în psihanaliză" (1916—1917). Actele ratate sînt în această concepţie fenomene relativ frecvente, nelegate însă de o stare morbidă. Au fost încadrate de FREUD în trei categorii :

- lapsusul cu subdiviziunile sale — erori de scris, falsă lectură, falsă audiţie ;
- uitarea — de nume proprii, obiecte, cuvinte ;
- confuzia minoră — pierderea de obiecte, stîngăcie.

Actul ratat nu are semnificaţie patologică — el nu este legat de o stare morbidă — putînd fi observat relativ frecvent şi la subiectul sănătos ; el este un act psihic cu sens, fiind situat, ca şi simptomele formaţiunii de compromis, între intenţia inconştientă şi ceea ce a fost refulat. Analiza actului ratat pune în evidenţă o dorinţă inconştientă a subiectului.

Actul ratat satisface atît o dorinţă inconştientă cît şi o exigenţă defensivă → ACTING OUT.

162. **ACT REFLEX** (fr. *acte reflexe*) ● Defineşte în mod curent reacţia imediată, spontană, motorie sau secretorie, la o modificare a mediului . Este incontestabilă [(astăzi) şi participarea la răspuns a psihicului, fapt evidenţiat în parte deja de FREUD, în lucrarea „Interpretarea viselor", dar nu suficient de explicit : putem fi în egală măsură martorii unei erori (reducerea psihismului la nivel de reflex, în sensul organizării aparatului psihic după modelul actelor reflexe — ceea ce ar fi prea simplist), dar şi ai unei intuiţii geniale : anticipări asupra existenţei reflexului condiţionat (demonstrat abia peste trei decenii), pe care îl include în acte reflexe încă în momentul lansării acestui termen, care îi aparţine.

163. **ACTE SIMPTOMATICE ŞI ACCIDENTALE** ● În concepţia lui FREUD reprezentau acte inert conştiente, fără scop determinat, dar avînd o motivaţie inconştientă — în prezent, sînt neglijate ; atunci cînd sînt analizate, majoritatea autorilor le includ în acte ratate → ACT RATAT.

164. **ACT SOCIAL** ● Rezultatul unei activităţi desfăşurate în comun, produs al existenţei sociale, care are un caracter secundar (în raport cu acţiunea primară de cooperare şi comunicare — P. JANET). Presupune stabilirea unui obiectiv (scop) care să servească interesului colectiv. avînd nu numai o determinare spontană, ci şi una condiţionată de indicaţie, recompensă sau reacţie (B. K YOUNG) — ceea ce implică (H. MEAD) luarea unei atitudini.

165. **ACT STIMUL PUR** ● În condiţionarea operantă (aşa cum arată C. L. HULL), este un act care, deşi nu determină propensiunea organismului către un scop, determină stimulii proprioceptivi să provoace un răspuns operant adecvat.

166. **ACT VOLUNTAR** ● Voinţa în acţiune sau atingerea unui scop, pe baza unui plan de acţiune, prin mobilizare şi efort voluntar. Este orientat şi reglat conştient, pe tot traiectul convertirii intenţiei-scop în acţiune, implicînd planificare (plan de acţiune), selecţie şi decizie între alternative (de multe ori, contrare) între motive-scopuri şi mijloace de acţiune, precum şi între corecţii şi ajustări secvenţiale sau retroactive. Un sistem de autoreglare este reprezentat de limbaj, care îşi exercită acţiunea modelatoare asupra unor acte voluntare de complexitate variabilă, gradul de orientare şi control imprimînd acestora un caracter „mijlocit" (P. JANET). Prin repetare şi automatizare, actul voluntar devine „postvoluntar".

167. **ACTAMOL**(M) S.U.A. – DCI *Mebanazină* ● Antidepresiv timoanaleptic — derivat hidrazinic de tip α-metilbenzilhidrazină, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (se recomandă asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

168. **ACTAZINE**(M) Belgia – DCI *Piperacetazină* ● Neuroleptic sedativ — derivat fenotiazinic de tip 10-/3-/4-(2-hidroxietil)-1-piperidine/propil/-fenotiazin-2-metil ketonă, cu acţiune sedativ-anxiolitică şi o bună toleranţă. Efectele sale sînt comparabile cu ale TIORIDAZINULUI(M).

169. **ACTÉBRAL**(M) Franţa, Portugalia, Spania — DCI *Ciprodenat* ● Psihostimulent — derivat DMAE, de tip 2-(dimetil-amino)etil ciclohexanpropionat, precursor al colinei şi acetil colinei cu acţiune centrală, indicat în astenie, scăderea forţei intelectuale, medicina psihosomatică, depresii uşoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale NL şi ale anticonvulsivantelor. Nu se administrează în epilepsie singur, ci numai cu anticonvulsivante (în scopul combaterii efectelor lor secundare).

170. **ACTEMIN**(M) Argentina—DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat, amină simpatico-mimetică → AMFETAMINE(DCI)

171. **ACTH (ADENOCORTICOTROP-HORMON)** ● Hormon secretat de adenohipofiză şi implicat în reglarea tuturor etapelor elaborării şi secreţiei de glucocorticoizi suprarenalieni, precum şi de 17-cetosteroizi androgeni. Structura sa cuprinde 39 de aminoacizi, prezentînd, din acest punct de vedere, o analogie cu hormonul melanocito-stimulator (MSH), precum şi cu endorfinele şi enkefalinele.

Secreţia de ACTH este discontinuă, sub formă de vîrfuri secretorii, care se succed pe perioada nictemerului, nivelul plasmatic cel mai ridicat fiind cel matinal. Reglarea secreţiei presupune un control nervos şi umoral. Controlul nervos este realizat de hipotalamus, prin intermediul CRF (cortico releasing factor) eliberat în vasele sistemului port-hipofizar. Intervenţia diencefalului confirmă — sub influenţe nervoase sau prin scăderea concentraţiei plasmatice de cortizol sau ACTH (feed-back negativ) — rolul sistemului nervos central în reglarea secreţiei de ACTH şi explică, în acelaşi timp, intervenţia CRF hipotalamic secretat în stările de stress. Insuficienţa secretorie corticosuprarenaliană, insuficienţa hipotalamo-hipofizară sau răspunsul deficitar al sistemului nervos central la stress se pot evidenţia cu ocazia unor agresiuni interne sau externe neurmate de răspuns, caz în care viaţa bolnavului este în pericol. Toate aceste elemente argumentează conceptul de răspuns neuroendocrin disociat la stress, răspuns ce asigură adaptarea organismului la necesităţile de moment (POROT). Secreţia hipotalamică de CRF este stimulată colinergic şi serotoninergic şi inhibată de noradrenalină, acid gamaamino-

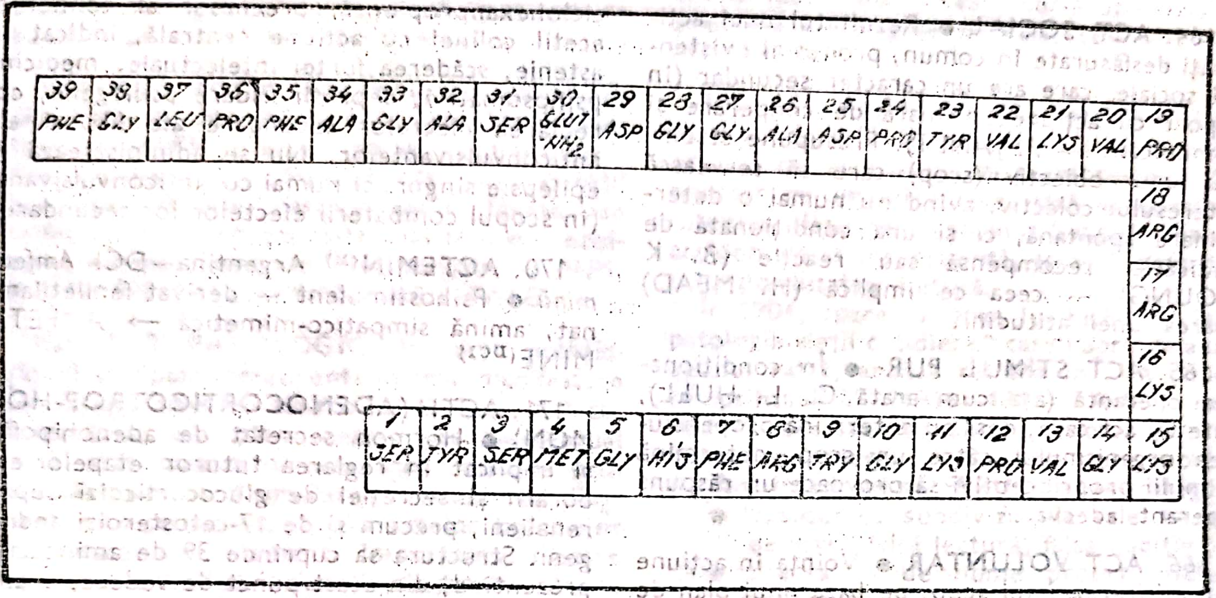
Scanned with OKEN Scanner

butiric, melatonină hipofizară (LIPTON). Controlul umoral este realizat prin feed-back negativ de nivelul plasmatic al cortizolului, de steroizii sintetici, dintre care dexametazona este utilizată, ca test cu valoare diagnostică, în clinica psihozelor depresive endogene. Controlul umoral își exercită efectele atît la nivelul adenohipofizei, cît și la nivelul hipotalamic, uneori ACTH putînd să-și inhibe propria sinteză și eliberare.

Modificări patologice ale formării și acțiunii ACTH apar în :

- tumori adenohipofizare secretoare de ACTH (boala Cushing) sau tumori nehipofizare ce produc ACTH ectopic. Se semnalează sindroame de descărcări paroxistice de ACTH asociate cu înregistrarea de modificări paroxistice ale EEG, considerate ca fiind tulburări secretorii de origine nervoasă, care răspund favorabil la tratamentul cu clorpromazină ;
- deficitul neurogen de ACTH — prezent, alături de alte deficite endocrine, în hipopituitarismul idiopatic, ca și în situații de inhibiție funcțională a secreției de CRF, la copiii cu sindrom de deprivare maternă.

Acțiunea ACTH se exercită prin modificări morfologice, constînd în hipertofia cortexului suprarenalian, ca și prin stimularea sintezei de steroizi. Prin intermediul cortizolului, ACTH declanșează modificări metabolice, care permit organismului realizarea unui răspuns



Structura ACTH-ului

la agresiunile interne și externe. Spre deosebire de catecolamine, răspunsul la stress prin intermediul ACTH este prelungit și prezintă implicații metabolice mai accentuate. ACTH exercită importante acțiuni asupra activității psihice : intervine în procesele de învățare și memorizare, influențează favorabil achiziția și menținerea unor reflexe comportamentale și adaptative, este implicat în reacțiile psihogene și tulburările comportamentale induse de acestea. Sub influența ACTH se pot evidenția modificări EEG.

Sintetizînd efectele ACTH asupra psihismului, POROT descrie : incidente minore (bulimie, insomnie, anxietate, stare de agitație), stări de subexcitație psihică, euforie, logoree, ce amintesc de hipomanie sau chiar de moria. Mai sînt descrise și tulburări de tip demențial, tulburări de personalitate, care sînt însă predominante la subiecții cu antecedente neuropsihice. De asemenea, în cazul celor cu predispoziție constituțională și antecedente psihopatologice, este posibilă apariția unor psihoze, produse de doze mari de ACTH sau cortizol, a unor reacții psihotice de tip paranoid, cu delir de autoacuzare, idei de suicid. Evoluția acestor tulburări psihice este favorabilă. Explicația apariției lor pare a fi legată de edemul cerebral produs de ACTH și este confirmată de prezența unui sindrom umoral, asemănător cu cel produs de reacția de alarmă a lui Selye. Toate aceste tulburări explică, pe de o parte, efectele psihice secundare administrării exogene de ACTH și corticosteroizi,

iar pe de altă parte, efectele favorabile ale administrării de ACTH în psihoza maniaco-depresivă, delirium tremens, precum și posibilitatea utilizării cortizolului în terapia psihozelor acute produse de ACTH.

172. **ACTING IN** (engl. *acting* ; *in* „înăuntru" ● Exprimarea în act a unor dorințe refulate în inconștient în cadrul ședințelor analitice, cînd unele cuvinte sînt substituite brusc prin altele sau, cel mai frecvent, prin gesturi și impresii. ROSEN se referă prin acest termen la trecerile la act ale psihoticului — „in", în opoziție cu „out", semnificînd aici lumea interioară a delirului, ruptă de realitatea și logica curentă.

173. **ACTING OUT** (engl. *acting* ; *out* „în afară") ● În psihanaliză termenul desemnează acele acțiuni, de obicei impulsive, rupte de motivațiile habituale, și care pot lua o formă auto- sau heteroagresivă. Prin acting out se exprimă și se eliberează un conținut refulat. Cînd fenomenul apare în timpul curei psihanalitice (în cursul unei ședințe sau în afara ședințelor), el trebuie explicat și înțeles în legătură cu transferul.

În comentariul lor asupra expresiei acting out, J.B. PONTALIS și J. LAPLANCHE, aduc în discuție definiția termenului așa cum este dată în „Dicționarul general de termeni psihologici și psihanalitici" : „Manifestare, într-o situație nouă, a unui comportament intențional, legat, de fapt, de o situație veche, situația nouă reprezentînd-o, simbolic, pe cea veche. Transferul este o formă de acting out". Această definiție vine în opoziție cu sensul general al termenului, întrucît acting out (în sens general) ar însemna o tentativă de ruptură a transferului, deci a relației analitice. În același comentariu J. LAPLANCHE și J.B. PONTALIS afirmă : din punct de vedere lingvistic, în expresia englezească acting out, verbul (to act) trimite la verbul „a juca" (o piesă sau un rol), iar particula (postpoziția out) implică exteriorizarea și finalizarea imediată a ceea ce există în interior, în sine. În mod greșit unii psihanaliști au opus acting out cu acting in, înțelegînd prin prima expresie acțiunea/actul subiectului în afara ședințelor analitice, iar prin a doua, expresia aceluiași act în cadrul ședințelor. Echivalentul francez pentru acting out ar fi „trecere la act" (passage à l'acte), deși în clinica psihiatrică expresia s-a consacrat în special pentru acte impulsive, agresive, delictuale.

Din punct de vedere descriptiv, acting out acoperă o serie largă de acțiuni, caracteristica lor esențială și comună fiind aceea de impulsivitate, de lipsa unei motivații conștiente (subiectul nu își explică actul), de ruptură cu manifestările și acțiunile obișnuite ; această caracteristică trimite la ceea ce psihanaliza numește „reîntoarcerea conținutului refulat" (le retour du refoulé). Discuțiile psihanaliștilor asupra expresiei acting out au vizat și delimitarea conceptului de altele înrudite, cum ar fi : actul ratat (acte manqué) și fenomenele repetitive. Deosebirea constă în faptul că actul ratat (la fel de izolat și de inexplicabil pentru subiect, considerat o simplă greșeală nesemnificativă) este, în esență, un compromis (el satisface dorința inconștientă și exigențele defensive deopotrivă) ; în fenomenele de repetiție, conținutul refulat se manifestă în forme și experiențe fidele unui singur scenariu, al cărui prototip este inconștient pentru subiect.

FREUD nu diferențiază, în relația de transfer, foarte exact fenomenele de repetiție și cele de tip acting out. El consideră însă că ar fi preferabil ca subiectul să aibă reacții de trecere la act în cadrul ședințelor, și sub controlul și interpretarea analistului, întrucît trecerile la act în afara ședințelor sînt mai greu de conștientizat, mai ales în ceea ce privește caracterul lor repetitiv.

174. **ACTING OUT (COPIL)** — sin. COREE MINTALĂ (Demoor — 1901) ; HIPERACTIV COPIL ; HIPERKINETIC IMPULSIV(S) sindrom ; HIPERKINETIC(S) sindrom (Eisenberg — 1957) ; INSTABIL COPIL (Abramson — 1940) ; SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINIMAL (Gesel, Amatruda — 1949) ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI ; TURBULENT COPIL (Wallon — 1925) sin → DISFUNCȚIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM).

175. **ACTIPHAN(N)** Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efecte secundare practic nule, de o bună toleranță.

176. **ACTIV** (cf. lat. *activus*) ● Poate fi utilizat în mai multe sensuri :

● *Caracter activ* (opus, pasiv) se referă la un individ dispunînd de mari resurse energetice, permanent în acțiune, vioi, optimist, dibace, îndeminatic, receptiv la nou, frecvent dotat cu o inteligență practică, perseverent în acțiune și cu dorință cvasipermanentă de a obține rezultate, capabil să-și mobilizeze facil rezervele (chiar cînd este vorba de acțiuni im-

Scanned with OKEN Scanner

puse din afară) sau să şi le recupereze — tipul „tot timpul ocupat". Termen introdus în caracterologie de şcoala franco-olandeză (avînd ca reprezentanţi pe HEYMANS şi WIERSMA, René la SENNE, Gaston BERGER, André le GALL, Roger MUCCHIELLI), desemnînd cantitatea potenţială de forţe fizice mobilizată fără efort, asociată cu rezistenţa la oboseală şi cu viteza recuperării ei, cu trebuinţa de realizare şi randament continuu în activităţi impuse (infatigabilitate, vigoare, robusteţe fizică, gust pentru acţiune, mobilizare energetică facilă). HEYMANS şi WIERSMA au elaborat un chestionar caracterologic (completat ulterior de G. BERGER şi R. MUCCHIELLI): pornind de la trei dimensiuni fundamentale emotivitatea (E), activitatea (A) şi tipul de rezonanţă intimă sau repercursivitate (de tip primar — P sau secundar — S); din combinaţia lor au rezultat opt tipuri caracteriale, din care patru sînt „active" : nervoşii (E.nA. P.), sentimentalii (E.nA.S.), colericii (E.A.P.), pasionalii (E.A.S.), sanguinii (nE. A.P.), flegmaticii (nE.A.S.), amorfii (nE. nA.P.) şi apaticii (nE.nA.S).

● *Delir activ* (BENOIT) → ACTIV(D) delir.

● *Şcoală activă* — curent pedagogic apărut la începutul secolului al XX-lea (DECROLY, DEWEY, LOCKE), fondat pe principiile unei educaţii funcţionale, constînd în respectarea intereselor intelectuale ale copilului şi dezvoltarea lor. Metodele de bază, cu acest scop, sînt : activităţile practice, lecţiile organizate pe „centre de interes" şi în aer liber, utilizînd cel mai frecvent, material didactic fabricat de copii (planşe, hărţi, ierbare etc.), îmbinarea muncii libere în grup cu studiul individual pe bază de fişe ghidate şi controlate de profesori, reunirea elevilor în mici comunităţi şcolare care se autoadministrează etc. Această mişcare pedagogică a provocat mari proteste în rîndul reprezentanţilor şcolii şi metodelor tradiţionale (cantonate pe învăţarea mecanică şi solicitarea în exces a memoriei, îngrădirea libertăţii de gîndire şi acţiune a elevului, metode de autoritate, rigiditatea programei şi a orarului etc.).

● *Psihoterapia activă* — metodă psihoterapeutică elaborată de A. HERZBERG (1945), care constă în antrenarea subiectului într-o serie de activităţi a căror dificultate este gradată şi controlată. Se urmăreşte modificarea treptată a comportamentului nevrotic, începînd cu manifestările mai puţin grave sau deranjante, şi terminînd cu rezolvarea problemelor mai profunde. La început, sarcinile terapeutice pe care trebuie să le realizeze subiectul sînt astfel alese încît să nu-i declanşeze acestuia stări de anxietate sau rezistenţă. Îndeplinirea cu succes a primelor activităţi întăreşte convingerea subiectului că starea sa nevrotică poate fi depăşită şi-l face accesibil pentru abordarea unor conflicte mai profunde.

● *Terapia activă* (engl. active therapy) — formă particulară de psihoterapie, propusă de Sandor FERENCZI sub titlul de „psihanaliză activă". Tehnica lui FERENCZI se referă la intervenţiile permisive şi restrictive ale analistului asupra subiectului (în afara curei analitice se interzice orice satisfacere „din plăcere" a unei trebuinţe libidinale, alimentare etc.), atitudine foarte criticată de psihanaliştii ortodocşi (ulterior va renunţa şi FERENCZI), întrucît încalcă principiul „neutralităţii analistului", augmentînd la subiect, imaginea părintelui punitiv.

177. **ACTIV(D) delir** (cf. lat. *activus* ; *delirium* „nebunie") ● Descrierea semiologică îi aparţine lui BENOIT. Se caracterizează prin convingerea nezdruncinată — impenetrabilă la contraargumente logice sau la dovezi obiective ale realităţii — a subiectului că este vinovat de mari erori, pe care le-ar fi comis şi că este necesar să fie pedepsit cît mai aspru. Delirul se dezvoltă pe fondul unui sindrom depresiv major. Constituie o formă particulară a delirului de autoacuzare, în sensul că interpretarea delirantă cuprinde toate evenimentele zilei respective, considerate drept dovezi ale „vinovăţiei" subiectului. Comportamentul acestuia este grav perturbat, existînd frecvent riscul suicidului, întreaga imagine despre lume a celui în cauză fiind deformată în sens depresiv.

178. **ACTIV tip de personalitate** ● În tipologia lui Th. RIBOT, trăsătura dominantă a acestui tip de personalitate, este tendinţa naturală şi neîncetată spre acţiune, bazată pe un bogat fond de energie nervoasă. Activii sînt optimişti, veseli, întreprinzători, îndrăzneţi. Ei se divid în două categorii :

● *Activii mediocri* — sînt nişte „maşini solide", bine înzestraţi cu forţă vie şi energie potenţială, avînd însă nivel intelectual mediocru. Activismul lor este ineficient ; îşi consumă energia fără posibilităţi de concretizare, se risipesc în du-te-vino, îşi oferă serviciile, dar acţiunile lor sînt dispersate. Acestui tip îi aparţin toţi acei care dispun de un bogat fond de energie fizică, împreună cu nevoia de a o cheltui ; ei înţeleg viaţa ca pe o aventură fără alt scop decît acela de a activa, preocupaţi permanent să termine ceva pentru a o lua de la început.

● *Marii activi* — pe un fond robust este grefată o inteligenţă puternică, pătrunzătoare, suplă, rafinată, fără scrupule. Au un activism bogat, eficient, valoros.

179. **ACTIV-PASIV** ● Cuplu de opozite care marchează fundamental viaţa psihică. Este opoziţia primară care se va integra ulterior în alte cupluri de opozite. Psihanaliza consideră că opozitele activ-pasiv caracterizează diferitele modalităţi ale vieţii pulsionale.

Polarizarea activă apare la persoanele care caută obiectele gratificării trebuinţelor lor. Pasivitatea constă în dorinţa de a avea pe altul alături, de care sau prin intermediul căruia subiectul să-şi gratifice propriile nevoi instinctuale → PERSONALITATEA PASIV-AGRESIVĂ, PASIV-DEPENDENTĂ. Evoluţia de la pasivitate spre activitate este parcursă, conform psihanalizei, de copilul care învaţă să îndeplinească singur acţiuni, care anterior i-au fost îndeplinite de adulţi.

180. **ACTIVAR**(M) Coreea — DCI *Pemolină*

● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, practic fără efecte simpaticomimetice ; are indicaţiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

181. **ACTIVARE** ● Procedeu, tehnică sau metodă, simplă sau complexă, care conduce la creşterea eficienţei activităţii sau acţionează ca stimulator asupra calităţilor latente existente, în scopul punerii lor în valoare sau al grăbirii unor acţiuni (operaţii). Termenul se utilizează şi în sensul de stimulare a unui organ sau sistem de către altul, stimularea ca atare fiind o noţiune rezervată influenţelor provenite din exteriorul organismului.

182. **ACTIVARE A ÎNVĂŢĂRII** → ACTIV — Şcoală activă.

183. **ACTIVARE NESPECIFICĂ** ● Fenomen de mărire a excitabilităţii generale a sistemului nervos central într-un timp foarte scurt, prin intermediul sistemului activator al substanţei reticulate, antrenînd consecutiv o creştere a gradului vigilenţei. Acreditarea termenului de nivel de activare este discutabilă, deoarece acesta reflectă mai degrabă atingerea unei cote mai înalte a activităţii neurofiziologice în sine, decît o corelaţie cu posibila creştere a vigilenţei.

184. **ACTIVĂRI ÎN ELECTROENCEFALOGRAFIE** ● Metode avînd ca scop facilitarea declanşării într-un timp limitat a unor anomalii care nu se înregistrează spontan în cursul unor examinări EEG standard. Metoda activării se bazează pe creşterea reactivităţii creierului, fie prin scăderea pragului de excitabilitate, fie prin creşterea excitabilităţii neuronale. Activările reuşesc să pună în evidenţă focarul sau focarele epileptogene rămase uneori mute pînă în momentul respectiv.

Dintre metodele activatoare, pot fi enumerate) :

- hiperpneea — cea mai utilizată dintre activări, folosită prima oară de FOERSTER ;
- stimularea luminoasă intermitentă (SLI) introdusă în practică de ADRIAN şi MATHEWS ;
- reactivările senzoriale (vestibulară, olfactivă, auditivă, interceptivă etc.), folosite mai rar, de exemplu, în epilepsia „muzicogenă" ;
- activările medicamentoase — folosesc două grupe de substanţe : §— stimulatorii : cardiazol, bemergid, megimid, imipramină ;
  — hipnotice (plecînd de la ideea că somnul fiziologic este un activator al epilepsiei) : cloralhidrat, amital, pentotal, brom, epontal, baytinal ;
  - deprivarea de somn (26—30 ore) ;
  - metode combinate : deprivare-fotostimulare, hiperventilaţie, cardiazol şi SLI.

Toate aceste metode de activare trebuie folosite nuanţat de către clinician, în funcţie de o serie de parametri, cum ar fi : vîrsta, starea clinică, leziunea presupusă, bolile asociate. Metodele activatorii sînt în general lipsite de efecte adverse, activarea fiind, după POPOVICIU, „pasageră şi nedăunătoare".

185. **ACTIVITATE** (cf. lat. *activitas*) ● Termen polisemantic care desemnează generic orice manifestare de forţă sau de energie (fizică, chimică, musculară, neuropsihică etc.). Raportată la om, cunoaşte cel puţin două accepţiuni :

● Modalitate specifică de relaţionare organism-mediu, cu dublă funcţie — adaptativă şi transformatoare (în raport cu realitatea externă) ; interacţiune sau schimb energetic şi informaţional (substanţial şi funcţional) între om şi mediu, cu finalitate adaptativă.

● Formă fundamentală de existenţă a psihicului, de manifestare şi afirmare a personalităţii umane (sub raport istoric şi ontogenetic), ansamblu al manifestărilor psihocomportamentale cu caracter deliberat şi conştient.

Specificul activităţii psihice umane ete conferit nu de adiţia cantitativă a unor procese

Scanned with OKEN Scanner

și funcții psihice particulare, ci de maniera lor ierarhică și dinamică (sincronică și diacronică) de articulare și integrare. Activitatea psihică implică o finalitate (scop) izvorită dintr-o motivație personală sau dintr-una supraordonată (socială), între motiv și scop existînd o coincidență, precum și mijloace (acțiuni, operații, acte) de transpunere sau obiectivare a intenționalității (sarcină).

Taxonomic, se pot distinge mai multe criterii de clasificare a activității :

- În psihologia generală, după procesul sau funcția psihică implicată cu predominență : activitate senzorială, perceptivă, cognitivă, afectivă, volitivă etc.
- În psihologia socială : activitate individuală, principală sau secundară ; activitate socială care, după natura produsului, poate fi predominant materială sau spirituală.
- În psihologia genetică sau după natura motivelor și scopurilor : activitate de joc, de învățare, de muncă, de creație.
- În psihoneurofiziologie : activitate musculară (dinamică și statică, pozitivă și negativă) ; activitate nervoasă superioară (ANS).
- În psihopatologie, unde toate afecțiunile psihice se însoțesc de modificări în grade diferite ale activității generale, problema activității poate fi abordată după criteriile forței, ritmului și eficacității manifestărilor psihomotorii ale subiectului :
  - forța sau potențialul dinamic poate suferi variații interindividuale (indivizi hiperstenici sau hipostenici) și intraindividuale, adică la același subiect, în diverse momente (de la pasivitate și stupoare, la exuberanță și activitate) ;
  - ritmul — comportă variații care pot fi : intermitente (manie, melancolie), periodice, succesive (ciclotimie), intricate (stări mixte) ;
  - eficacitatea — se referă la caracterul coerent, adaptat țelului, al activității generale.
- Psihanalitic, se consideră (FREUD) că, prin natura lor, pulsiunile sînt active, pasivitatea fiind o caracteristică a scopului sau obiectului lor. Același punct de vedere este susținut de HEIDELBERG care definește activitatea ca fiind proprie manifestării pulsionale.

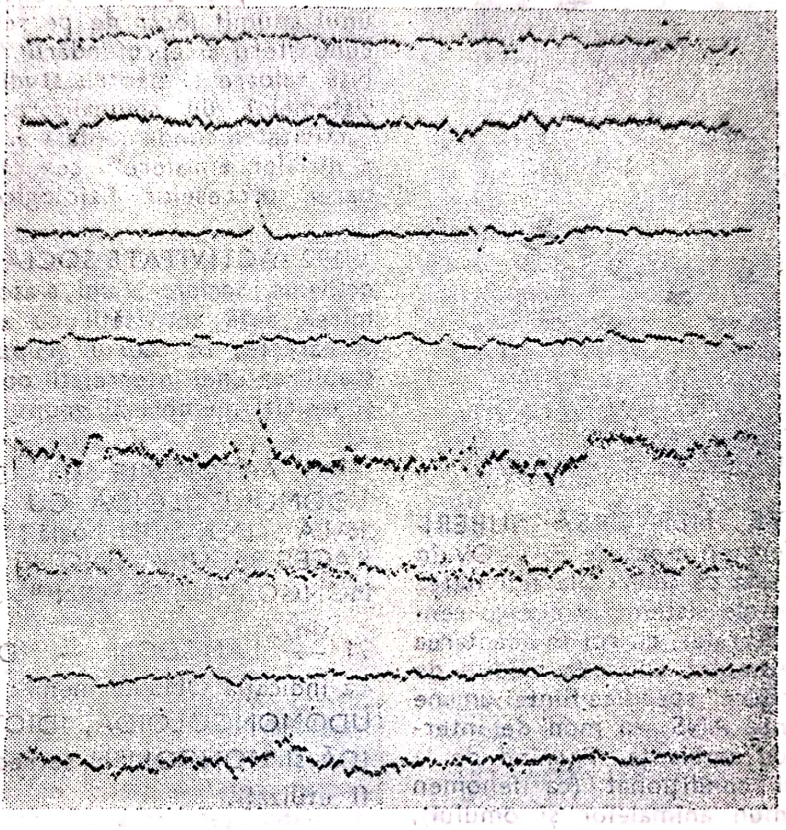
186. ACTIVITATE ANTISOCIALĂ MASCATĂ • KARDINER denumește astfel anumite activități care sînt rezultatul unui comportament cu nuanță antisocială mascată, prin faptul că se bazează pe motivații care sînt în mod convențional aprobate de societate. În concepția sa, competitivitatea este admisă ca un mod normal de manifestare a afirmării de sine, guvernată de Supraeu, dar se menționează și existența unor forme nevrotice ale nevoii de afirmare. Aceste forme pot fi rezultatul unor mecanisme cu rol de compensare a sentimentelor de inferioritate sau insecuritate.

187. ACTIVITATE DE GRUP • Activitatea la care participă mai mulți indivizi. Este practicată în terapia ocupațională a diferitelor categorii de bolnavi psihici în perspectiva socializării lor, a reintegrării într-o existență socială.

188. ACTIVITATE EEG • Orice succesiune de unde — de origine cerebrală — cu o amplitudine, morfologie și frecvență de același fel, înregistrată pe electroencefalogramă. Cele mai semnificative activități EEG sînt ritmurile principale (α, β, θ, Δ) și ritmurile secundare. În EEG se mai utilizează, legat de activitate, și alți termeni :

- activitate bazală (EEG) : activitate electrică a părții inferioare (bazale) a creierului, culeasă direct prin electrozi introduși în fosele nazale sau prin conductele auditive ;
- activitate difuză (EEG) : activitate electrică ce apare, mai mult sau mai puțin simultan (nu neapărat sincronă), pe suprafețe mari, fără o localizare constantă ;
- activitate de fond (EEG) : activitate electrică cu aspect de continuitate sau generalizare (nu este obligatoriu să fie de tip α), în contrast cu grafoelementele de aspect focal, paroxistic, izolate sau chiar grupate ;
- activitate lentă (EEG) : activitate electrică cu o durată mai mare de 1/8 s — cuprinde ritmurile θ (4—7 c/s) și Δ (0,5—3,5 c/s) — în general cu semnificație patologică la adultul în stare de veghe ;
- activitate paroxistică (EEG) : activitate electrică sub formă de unde izolate sau în salve, cu apariție și dispariție bruscă, ce se deosebește net de activitatea de fond prin : morfologie, frecvență, amplitudine. De obicei (dar nu obligatoriu) are o semnificație patologică ;
- activitate rapidă (EEG) : activitate electrică de tip β și frecvență peste 12 c/s și amplitudine mai mică decît a celei α și mai puțin regulată. Acest tip de activi-

tate poate fi indus și medicamentos (barbiturice), aspectul fiind de fusuri scurte, ușor de recunoscut. În cazul unei activități rapide, ample, cu apariție paroxistică, semnificația este cert patologică.



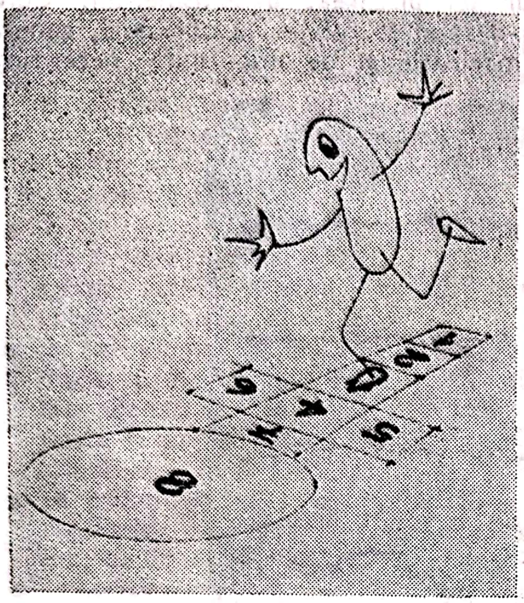
De asemenea se mai poate întîlni activitate μ, activitate Σ, activitate π, toate cu referință la ritmurile secundare EEG.

189. **ACTIVITATE GRADATĂ** ● Caracteristică a activității fizice și psihice a subiectului, în cadrul terapiei ocupaționale din planul de recuperare instituit de medicul psihiatru, constînd dintr-o solicitare treptată psiho-fizică, în corelație cu afecțiunea psihică respectivă și cu stadiul de remisie în care se află bolnavul. Inițial, această tehnică a fost aplicată ce HERZBERG (1945) în cadrul psihoterapiei active. Ulterior a fost preluată de BECK (1976) și inclusă în sistemul său cognitiv-comportamental de terapie a depresiei. Există o relație direct proporțională, pe parcursul efectuării activității, între ameliorarea performanțelor fizice și psihice și creșterea complexității elementelor componente ale respectivei activități.

190. **ACTIVITATE LUDICĂ** (cf. lat. *activitas* ; *ludus* „joc") ● Tip de activitate caracterizat prin lipsa unui scop pragmatic, avînd ca singur țel plăcerea, divertismentul. Constă dintr-o anumită relație cu obiectele, generată de imaginație și de impulsiuni necenzurate libere de orice pragmatism. Este o activitate specifică prin care copilul își exprimă ideile, stările afective, pulsiunile. Pe măsură ce crește, copilul își diminuează activitatea ludică, adaptînd-o treptat unor situații reale, activitatea devenind pragmatică, disciplinată de logică.

În psihopatologie calificativul ludic se păstrează pentru a caracteriza activitatea care seamănă cu jocul copilului, dar este neadecvată momentului, locului și vîrstei subiectului. Mecanismele psihopatologice sînt multiple (POROT) : întîrziere în maturizarea psihică (oligofrenie), structură dizarmonică de personalitate (isterie, hipertimie), disociație a personalității (schizofrenie), deteriorare psihică globală (presbiofrenie). Ca exemple de activitate ludică patologică pot fi citate manierismul debililor mintal (puerilismul), enormitatea anteziilor din paralizia generală, sărăcirea puerilă din demență. Activitatea ludică specifică se întîlnește în sindromul maniacal

unde sentimentele, cuvintele, gesturile, mimica reprezintă componente ale unui joc propriu, personal și original. → LUDIC.



191. **ACTIVITATE NERVOASĂ SUPERIOARĂ (ANS)** ● Termen creat de PAVLOV în 1912, prin care acesta se referea la activitatea etajelor superioare ale sistemului nervos central (emisferele cerebrale), cu rol în adaptarea de finețe a organismului uman la mediul de viață. Funcțiile „psihice" specifice ființei umane constituie rezultanta ANS, ca mod de interacțiune specifică cu ambianța. Pornind de la metoda reflexului condiționat (ca fenomen psihofiziologic comun animalelor și omului), savantul rus aduce o contribuție originală și foarte valoroasă la studiul activității corticosubcorticale ; el postulează încă de pe atunci apartenența instinctelor (a reflexelor necondiționate, elementare) la etajul subcortical, iar cea a reflexelor dobîndite prin condiționare la cortex, existînd deci „două aparate centrale diferite: aparatul de conducere directă a impulsului nervos și aparatul de conectare și deconectare a circuitului". Analiza și sinteza sînt două activități simultane, fără de care legăturile temporare între stimulii proveniți din mediul intern sau extern și diferitele niveluri funcționale ale organismului, cu proiectarea pe scoarță a fiecărui analizator în parte, nu se pot realiza. Modalitățile de abordare științifică a ANS presupun cunoașterea celor trei principii elaborate de PAVLOV.

- determinismul (obiectivitatea și relația cauzală ce caracterizează procesele neurofiziologice) ;
- structuralitatea (legăturile dintre structurile și funcțiile cerebrale) ;
- unitatea dintre analiză și sinteză.

În lumina teoriei sale, savantul rus a încercat să ofere o explicație privind fenomenele de veghe și somn, hipnoză, catalepsie, anumite stări paradoxale, fenomenul obsesional și tulburările psihomotorii de tipul instabilității. Toate acestea depind, după opinia sa, de neurodinamica proceselor de excitație-inhibiție ale unui anumit focar de pe scoarță. Importanța cunoașterii și aprofundării ANS are o deosebită valoare și pentru studiul reflexelor și a sistemelor de semnalizare, care reprezintă „activitatea fundamentală și cea mai generală a marilor emisfere", cea care permite fuzionarea proceselor fiziologice și psihologice.

192. **ACTIVITATE SOCIALIZANTĂ** (cf. lat. *activitas* ; *sociare* „a uni, a asocia") ● Este denumirea dată activității cu ajutorul căreia se urmărește, în cadrul grupurilor terapeutice, stabilirea unei interrelații optime între individ și ceilalți membri ai grupului.

193. **ACTOMIMIE** sin. DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MINTALĂ ; DOWN(B) boală ; IDIOȚIE FURFURACEE SEGUIN ; IDIOȚIE MONGOLOIDĂ ; MONGOLISM ; SEGUIN(B) boală ; TRISOMIA 21 $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON — DOWN(B) boală. La indicația OMS termenii : DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOȚIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM se recomandă a nu mai fi utilizați.

194. **ACTOMOL(M)** Anglia — DCI *Mebanazină*

● Antidepresiv timoanaleptic — derivat hidrazinic de tip α-metilbenzilhidrazină, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (se recomandă o asociere corespunzătoare). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

195. **ACTOZINE(M)** Canada — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant — derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune ansiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Trebuie menționate acțiunea sa preconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

196. **ACTUALIZARE** (cf. lat. *actus* ; fr. *actualiser*) ● În sens larg, acţiune de trecere din stare virtuală sau potenţial-latentă în stare manifestă sau activă. În psihologie, actualizarea se referă deopotrivă la motivaţie, afectivitate, scheme operaţionale şi deprinderi, cît şi la unul din subprocesele memoriei, (re)actualizarea prin reproducere şi recunoaştere. Trebuinţele umane, ca stări de necesitate ale organismului, ce îndeplinesc concomitent funcţii energetice şi informaţional-reglatorii, persistă în cea mai mare măsură (după satisfacere) într-o formă latentă (potenţială) şi devin active, ciclic sau circumstanţial. H. MURRAY, care a stabilit una dintre cele mai reuşite clasificări ale trebuinţelor (inventar cuprinzînd 20 de trebuinţe fundamentale grupate în patru categorii : viscerogenice şi psihogenice, manifeste şi latente, focalizate şi difuze, proiective şi reactive) arată că, de regulă, se actualizează concomitent mai multe trebuinţe, care tind, în funcţie de stimulii declanşatori, să se unifice într-o structură înglobată, definită ca presiune. Tot aşa, motivele tind să se actualizeze în anumite împrejurări, devenind surse de acţiune, cu rol homeostazic sau de dezvoltare. Gîndirea, în ambele ei ipostaze, de gîndire reproductivă şi gîndire productivă sau creatoare, funcţionează pe baza actualizărilor permanente şi reversibile de scheme sau operaţii mintale, ce fac posibilă înţelegerea sau rezolvarea de probleme. Orice activitate umană conţine componente automatizate, cu rol facilitator şi economic, de tipul deprinderilor. În funcţie de specificul sau de complexitatea acţiunii propuse, se vor reactiva acele deprinderi sau modele de acţiune automatizate care să asigure conştiinţei marja de siguranţă sau cîmpul disponibil, necesar realizării acţiunii în cele mai bune condiţii. Din seria atitudinilor creative, autorealizarea presupune, după C. ROGERS, actualizare de sine (a-şi conferi sieşi actualitate în lume), în sensul obiectivării pulsiunilor specifice ale Eului, a intenţiilor şi proiectelor sale. Referitor la memorie, evaluată de SECENOV ca „piatră unghiulară" a sistemului psihic uman, actualizarea desemnează readucerea în conştiinţă, în anumite condiţii, a experienţei şi faptelor petrecute, sub forma recunoaşterilor şi evocărilor (reproducerilor). Actualizarea se realizează în prezenţa obiectului, în primul caz ; în absenţa obiectului, prin reconstrucţie, ajustări şi metamorfoze, în al doilea caz. Deosebirea dintre reproducere şi recunoaştere este calitativă. În timp ce recunoaşterea se realizează, de regulă, involuntar şi în prezenţa modelului (efectuîndu-se de 2—3 ori mai uşor decît reproducerea, după cercetările lui ACHILLES), reproducerea necesită frecvent decizii şi efort voluntar (factura intelectuală a memoriei reproductive fiind de necontestat), efectuîndu-se în absenţa modelului. Această distincţie calitativă a fost confirmată atît de studiile de psihologie animală, cît şi de neurofiziologia modernă. În cazurile de afectare a ariilor prefrontale, amintirea intenţionată şi coordonarea amintirilor devin, după ZEIGARNIK şi LURIA — 1963, dificile sau chiar imposibile, recunoaşterile simple funcţionînd normal. De menţionat că, în cazul dificultăţilor de recunoaştere de tipul iluziilor mnezice, căutările discursive şi eforturile depuse de subiect ţin de amintire şi nu de recunoaşterea propriu-zisă. Falsa recunoaştere (WIGMAN) de tip „déjà vu", „déjà connu", „déjà vécu" constă în impresia subiectului că o persoană, situaţie etc. a fost cunoscută anterior de el, cînd, în realitate, perceperea lor prealabilă era imposibilă. În falsa recunoaştere (DROMAND şi LEVASSORT) de tip „jamais-vu", „jamais vécu", subiectul nu recunoaşte în nici un fel ceva ce a fost văzut şi cunoscut de el anterior, în repetate rînduri, şi contestă faptul că ar face parte din experienţa lui. Este vorba de o imposibilitate de integrare a actualului în trecut. Între aceşti poli se situează recunoaşterea incertă, cauzată în general de prezenţa unui context diferit şi deci nefamiliar, în care obiectul a fost anterior cunoscut.

197. **ACTYL[M]** Japonia — DCI *Ectiluree* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etil-crotonil)uree, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Indicat în psihogenii şi în medicina psihosomatică. Efecte secundare practic absente, de o bună toleranţă.

198. **ACŢIONA** (cf. lat. *actio* „acţiune") ● Distincţia între a acţiona voluntar şi a acţiona involuntar ar permite fundamentarea psihologică şi morală a unei filozofii a libertăţii. În psihanaliză, problema legată de această noţiune se pune în funcţie de tăcere şi comunicare (verbalizarea conflictului inconştient), în raport cu expresia motorie a tensiunilor interne, după determinismul fantasmei şi din perspectiva unei elaborări a acţiunii în funcţie de cunoaşterea de către subiect a propriului inconştient (el decide şi alege în cunoştinţă de cauză).

199. **ACŢIUNE** (cf. lat. *actio*) ● Modalitate de intervenţie, constînd dintr-un singur act (operaţie) sau dintr-un sistem de acte (sistem

de operații), asupra ordinii fenomenelor din natură, societate sau ideative, în scopul utilizării acestora. Fiind o relație care se află sub controlul conștiinței (prin existența scopului) subiectul acțiunii sau agentul își adecvează obiectul, îl transformă din obiect în sine în obiect pentru sine, proiectîndu-și-l cognitiv (explicativ și previzional) și făcînd un demers teleologic (alegerea scopurilor). Se deosebește de activitate prin raportarea permanentă la o sarcină circumscrisă temporo-spațial și prin necoincidența între motiv și scop ; se aseamănă cu ea prin aceeași motivație care o generează :

motiv ↗ scop→mijloc→efect ↘ evaluare
↖ conexiune inversă ↙

Acțiunea umană este supusă unui complex factorial : motivațional-homologic (explicații și previziuni), psihologic, teleologic, axiologic, strategic (programe, planuri), situațional (condiții, norme, mijloace), operațional (decizie, conducere, comandă), executiv (efectuare), valorizator (umanizarea produsului rezultat). Perfecta armonizare între motivațiile și realizarea satisfacerii nevoilor materiale și spirituale ale omului este posibilă numai în condițiile unei corelații funcționale a verigilor de mai sus. Privită din punct de vedere psihologic, acțiunea se găsește la intersecția vectorilor necesității interne (subiective) și ai necesității externe (obiective), putîndu-se astfel delimita : acțiunea mintală (în plan intern) ; motorie (în plan extern) ; simplă (conține un număr mic de secvențe) ; complexă (conține un număr mare de relații) ; primară, în care predomină primul sistem de semnalizare și secundară, în care predomină al doilea sistem de semnalizare.

200. **ACȚIUNE AMÎNATĂ** ● În psihanaliză, noțiunea se folosește pentru unele experiențe prezente, care declanșează reactivarea unei experiențe primare cu o anumită semnificație. Este cazul copilului care, surprinzînd din întîmplare actul sexual al părinților, fără a-i cunoaște semnificația, va avea mai tîrziu această revelație cu ocazia anumitor experiențe proprii. Acțiunea amînată s-ar raporta, în concepția lui FREUD, la complexul de castrare.

201. **ACȚIUNE BINEFĂCĂTOARE**(D) delir Încredere nezdruncinată, impenetrabilă la contraargumente logice, avînd drept conținut convingerea că subiectul este protejat, călăuzit, ajutat în tot ceea ce face, de forțe sau ființe supranaturale. Aceste idei modifică imaginea subiectului despre sine și despre lume, avînd, cel mai adesea, un conținut mistic. Spre deosebire de credințe, pe care și le poate manifesta orice om normal psihic, aceste idei delirante au un caracter absurd, incredibil, diferind uneori foarte mult, prin originalitatea lor, de dogmele religioase cunoscute. Se întîlnesc mai frecvent în delirurile cronice sistematizate și în schizofrenie.

202. **ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ** (D.A.H) — sin. ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE ; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ D'ACOSTA(S) sindrom.

203. **ACȚIUNE EXTERIOARĂ**(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ● Descris de H. CLAUDE în 1924 → AUTOMATISM MINTAL(S) semn.

204. **ACȚIUNE MATERIALĂ** ● Latură experimentală sau aplicativă a oricărei forme de activitate ; intervenție efectivă, conștientă și mijlocită instrumental cu obiectele. Activitatea materială a oamenilor, de transformare conștientă a realității naturale și sociale, în raport cu scopurile lor individuale și colective, desemnează în limbaj filozofic, praxisul. În genere, toate acțiunile care contribuie la crearea unei ambianțe naturale și sociale adecvate, deci care se concretizează sau obiectivează în produse materiale și spirituale, circumscriu sfera acțiunilor materiale. În particular, în ce privește procesul instructiv-educativ, acțiunea materială se referă la orice manipulare de obiecte sau operare efectivă cu lucruri din dublă perspectivă (cele două laturi ale învățării), de asimilare informațională și de formare (prin exersare) de noi operații și deprinderi. În învățarea pe baza acțiunii materiale, se utilizează materiale didactice concret-figurative dintre cele mai variate : insectare, ierbare, hărți, scheme, machete, planșe, instrumente, modele, mulaje etc., menite să evidențieze însușirile generale și esențiale ale obiectelor reale. Organizarea procesului instructiv sub forma lecțiilor aplicative, de laborator sau în ateliere-școală, se bazează pe același mecanism al acțiunii materiale. Cînd se operează cu imagini ale obiectelor (simboluri, formule etc.), acțiunea se numește materializată. În

Scanned with OKEN Scanner

geneza inteligenţei, acţiunea materială reprezintă un punct de plecare şi „instrument" de constituire a operaţiilor intelectuale prin interiorizare → INTERIORIZARE.

205. **ACŢIUNE MINTALĂ** • Servomecanism al gîndirii dotat cu reversibilitate, rezultat din interiorizarea prin generalizare-comprimare şi automatizare a acţiunii materiale sau materializate şi avînd ca specific o structură simbolico-semantică (se exercită în planul limbajului intern, subordonîndu-se legităţilor acestuia). P. A. GALPERIN şi colaboratorii, în continuarea lui WIGOTSKI şi LEONTIEV, s-au preocupat — legat de învăţare — de modalităţile interiorizării şi constituirii acţiunilor mintale. Cei patru parametri luaţi în considerare în evaluarea procesului de elaborare a acţiunilor mintale sînt: nivelul şi gradul de generalizare, comprimarea operaţiilor efectuate şi verbalizarea (pe plan extern şi intern). În opinia acestor autori, pentru realizarea unui scop sau rezolvarea de probleme este necesară desfăşurarea unei activităţi efective de transformare a unui material dat. Aşadar, interiorizarea debutează cu observarea şi realizarea efectivă a acţiunii materiale sau obiectuale. În secvenţa următoare, acţiunea se derulează în planul vorbirii cu glas tare, fără sprijinul obiectelor sau modelelor simplificate — scheme, mulaje, machete, etc. La acest nivel, încep să se contureze şi unele reprezentări care, nu capătă suficientă coerenţă decît dacă sînt activate reflexele verbale. Se trece la exprimarea verbală pentru sine şi, printr-o treptată reducere a tăriei vocii, funcţiile desemnatorie şi reglativă ale limbajului contopindu-se, vorbirea devine purtătorul independent atît al conţinutului informaţional, cît şi al acţiunii. Ultima etapă, de maximă generalizare, prescurtare şi automatizare a acţiunii, presupune degajarea ideii sau imaginii abstracte care se execută în limbaj intern, adică pe plan mintal. Acţiunea s-a condensat şi operează acum în gînd după o anumită formulă, în conştiinţă apărînd doar ideea. Astfel, de la acţiunea externă desfăşurată, se ajunge la actul maximal comprimat şi standardizat, ce devine suport al ideii, în măsura în care păstrează o relaţie recurentă cu obiectele şi acţiunile originale. Teoria psihogenetică a inteligenţei sau a dezvoltării stadiale a gîndirii prin înlănţuiri de acţiuni sau operaţii (J. PIAGET), vine să completeze teoria acţiunilor mintale prin fenomenul interiorizării.

206. **ACŢIUNE PSIHOMOTORIE** (cf. lat. *actio*; gr. *psyché* „suflet"; lat. *motor* „care pune în mişcare") → ACT.

207. **ACŢIUNE SOCIALĂ** • Opusă acţiunii individuale, acţiunea socială implică orice activitate iniţiată de un grup organizat, în scopul realizării obiectivelor către care tind toţi membrii acestuia.

208. **ACŢIUNE SPECIFICĂ** • Termen care desemnează, în concepţia lui FREUD, procesul necesar rezolvării tensiunii interne create de trebuinţă, constînd în intervenţia externă adecvată şi reacţiile preformate ale organismului care, după PONTALIS şi LAPLANCHE, permit finalizarea (împlinirea) actului.

Aparatul neuronal funcţionează, între altele, după principiul inerţiei, dar reglarea prin inerţie este perturbată de excitaţiile endogene. Răspunsul organismului la aceste excitaţii poate fi nespecific (imediat, inadecvat, prin manifestări primare de natură emoţională care nu rezolvă excitaţia) sau poate fi specific (adecvat, reprezentînd o soluţie durabilă şi avînd drept efect descărcarea tensiunii). Acţiunea specifică este de natură să producă, în această accepţiune, o experienţă a satisfacţiei. În 1895, FREUD a izolat, din ansamblul stărilor nevrotice, un grup de simptome pe care le-a denumit nevroză de angoasă, simptome constituind manifestări emoţionale, acute sau cronice. Ele acoperă un tablou clinic variat, condiţionat mai ales de diferite modalităţi specifice de a reacţiona la emoţie. Printre simptomele fundamentale se numără: excitabilitate generală şi senzorială, slăbiciune iritabilă, insomnie, aşteptare anxioasă însoţită adesea de fenomene de hipocondrie, de îndoială, de senzaţie de ruşine, de anxietate difuză flotantă, fără cauză sau obiect definit.

Dacă în ceea ce priveşte descrierea tabloului clinic al „nevrozei de angoasă", cuprinsă astăzi în conceptul de nevroză anxioasă, nu avem obiecţiuni, referitor însă la patogenia acestei nevroze, nu sîntem întrutotul de acord cu explicaţiile furnizate de FREUD, care, trebuie să recunoaştem, puteau constitui un punct de vedere la începutul secolului, dar nu şi unul exhaustiv pentru prezent.

În concepţia lui FREUD patogenia nevrozei de angoasă ar consta într-o repartiţie anormală a tensiunii sexuale, într-o iradiere anormală a acesteia, care ar genera simptome analoge manifestărilor emoţionale ce însoţesc actul sexual. Singura modalitate care ar putea împiedica, în opinia autorului, această iradiere anormală este efectuarea unui act sexual

complet ; actele sexuale incomplete, nespecifice, nu duc la o satisfacţie specifică şi adecvată, tensiunea continuînd deci să existe ; astfel se naşte emoţia denumită angoasă (ca urmare a acestei „iritaţii genetice fruste"), cu manifestări de teamă pentru un pericol iminent, datorită faptului că perturbarea sexualităţii (iradierea anormală, cu localizare precisă într-o zonă erogenă, dar fără satisfacţie completă şi adecvată) este resimţită ca un pericol exterior faţă de care psihismul trebuie să aibă o acţiune de prevenire. De aici rezultă imposibilitatea de adaptare la o realitate exterioară, dar şi imposibilitatea de adaptare interioară.

Pentru ca acţiunea specifică să se îndeplinească sînt necesare, după FREUD, un obiect specific şi un număr de condiţii externe. Este vorba despre un ansamblu de funcţiuni-reflexe indispensabile finalizării actului şi de intervenţii exterioare adecvate.

Acţiunea specifică a fost legată, în gîndirea lui FREUD, de teoria instinctului, trinomul instinct-pulsiune sexuală-acţiune specifică fiind definit prin următoarele aspecte :

- sexualitatea, ca una din „marile trebuinţe", necesită o acţiune specifică (⟶ PULSIUNI de autoconservare) ; la fel, foamea este un model de trebuinţă cu satisfacerea ei printr-o acţiune specifică ;
- acţiunea specifică este văzută (înţeleasă) prin analogia între actul sexual adult şi satisfacerea foamei ;
- pe lîngă elementele organice ale comportamentului de satisfacere, sînt introduse, tot în cadrul acţiunii specifice, elementele „psihice" într-o perspectivă a istoriei individului (elaborarea libidoului psihic) ;
- lărgirea concepţiei despre instinctul sexual, prin considerarea sexualităţii infantile. FREUD consideră că instinctul sexual se manifestă încă din primii ani de viaţă şi descrie modalităţile de manifestare la diverse vîrste ale copilăriei, făcînd o diferenţiere clară între Sexual şi Genital. Sexualitatea infantilă se caracterizează prin faptul că procurarea plăcerii sexuale se realizează în condiţii organice puţin specifice, difuze, fără localizări anatomice în zona genitală.

Aşadar, pe de o parte, acţiunea specifică revine la o manifestare comportamentală proprie, legată în mod particular de satisfacerea unei trebuinţe interne, pentru care organismul dispune de reacţii preformate ; pe de altă parte, există o specificitate care se constituie istoric, pe parcursul ontogenezei, în funcţie de factorii externi care vor juca, la rîndul lor, după J. B. PONTALIS, J. LAPLANCHE, E. REGIS, A. HESNARD, un rol important în geneza personalităţii şi, mai ales, a laturii afective a acesteia.

209. **„ACŢIUNEA T4"** ● Nume sub care este cunoscut unul dintre episoadele cele mai dramatice din istoria psihiatriei ; sub acest nume, codificat, autorităţile naziste au inventat un „tratament special", la care au supus grupe mari de populaţie, procedînd la exterminarea a zeci de mii de bolnavi psihici, selecţionaţi pe criteriul „aptitudinii de a fi productivi". Eutanasia inspirată de criterii rasiste şi pseudobiologice a dus la moartea a sute de mii de persoane „a căror viaţă nu-şi poate plăti preţul de a fi trăită". Ca şi alte acţiuni de acest fel, imaginate de aberanta ideologie nazistă — sterilizarea obligatorie a bolnavilor cu debilitate mintală, PMD, epilepsie ereditară, coree Huntington, alcoolism grav, „acţiunea copii", care a dus la exterminarea a 5 000 de copii cu malformaţii ereditare etc. — acţiunea T4 este un exemplu dintre cele mai dramatice privind impactul grav pe care o pseudoteorie îl poate avea asupra dezvoltării şi prestigiului unei ramuri ştiinţifice, în cazul nostru medicina. Şcoala de psihiatrie germană, deosebit de valoroasă la momentul respectiv, a fost pur şi simplu dizolvată, valori ca MAYER-GROSS, STEINER, WILMANNS, GRUHLE, KRETSCHMER, BONHÖFFER, fiind înlocuite cu pseudovalorile momentului, reprezentînd însă persoane „devotate" — experienţă cu consecinţe cunoscute, pe care istoria nu trebuie să o mai repete.

210. **ACŢIUNE TERAPEUTICĂ** (cf. lat. *actio* ; gr. *therapeuein* „a îngriji") ● În sens general, termenul se referă la procesele care generează o serie de efecte pozitive în cazul aplicării unui tratament, indiferent de natura acestuia. În sens mai restrîns, reprezintă acţiunea exercitată de anumite medicamente sau metode, în tratamentul unei boli. Se poate adresa agentului cauzal al bolii, mecanismelor de producere a acesteia sau doar simptomelor.

211. **ACUESTEZIE** (cf. lat. *acumen* „vîrf" ; gr. *aisthesis* „senzaţie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACMESTEZIE.

212. **ACUFENE** (cf. gr. *acouein* „a asculta, a auzi" ; *phenakizo* „a înşela") sin. ACUASME ; TINITUS ● Senzaţii auditive anormale (apărute în lipsa unor excitanţi sonori obiectivi),

cu caracter unilateral sau bilateral, episodice sau permanente, de tipul zgomotelor, fosnetelor, pocnetelor, ţiuiturilor. Sînt considerate, de regulă, halucinaţii auditive elementare. Se întîlnesc frecvent în afecţiunile otice (otite cronice, nevrite acustice de diferite etiologii, traumatisme ale urechii medii, surditate), în boli neurologice (leziuni ale căilor de conducere, leziuni de lob temporal), în hipertensiunea arterială, insuficienţă circulatorie vertebro-bazilară, ASC, intoxicaţii cu diverse droguri. Acufenele pot apărea ca aură epileptică sau chiar ca manifestare critică în cazul crizelor localizate, cu simptomatologie senzorială, şi pot însoţi atît patologia nevrotică, cît şi pe cea psihotică.

213. **ACUITATE** (cf. lat. *acutus* „ascuţit") ● Proprietate funcţională a analizatorilor de percepere a unor senzaţii la un prag scăzut sau de discriminare a unor diferenţe minime între stimuli din aceeaşi categorie senzorială. În primul caz, acuitatea se determină ca o mărime inversă faţă de valoarea pragului minim (absolut), ceea ce înseamnă un grad înalt de sensibilitate ; în al doilea caz, acuitatea este inversă faţă de valoarea pragului diferenţial, ceea ce înseamnă o mare fineţe în discriminările senzoriale. Acuitatea se determină concret pentru fiecare analizator (tactil, vizual, auditiv, kinestezic, olfactiv, termic etc.), cu ajutorul unor aparate (esteziometru, audiometru) sau a unor scale de acuitate. Acuitatea poate fi statică sau dinamică, în funcţie de caracterul de imobilitate sau mişcare al stimulilor ; se poate vorbi şi de o acuitate laterală, monooculară, monoauriculară, monomanuală.

O atenţie particulară trebuie acordată modificărilor pe care le suferă acuitatea organelor de simţ în isterie. În acest caz, simptomul apare prin mecanism de conversie şi nu se află sub control voluntar, servind ca expresie directă a unui conflict intrapsihic → CONVERSIE. S-a descris o mare varietate de asemenea simptome, printre care : amauroza isterică, ambliopia isterică, îngustarea cîmpului vizual, diplopie, surditate isterică, diminuarea percepţiei tactile sau exagerearea ei, scăderea acuităţii gustului, mirosului, pînă la pierderea lor etc.

214. **ACUITATE VIZUALĂ — modificări induse de psihotrope** ● Acuitatea vizuală desemnează capacitatea rezolutivă a ochiului, în funcţie de claritatea focarului retinian, integritatea elementelor nervoase şi integrarea corticală a stimulului.

Utilizarea unor medicamente cu efect psihotrop poate determina, printre alte efecte secundare, o diminuare a acuităţii organelor de simţ, cel mai frecvent şi mai semnificativ fiind afectată acuitatea vizuală. Antidepresivele triciclice de tip imipramină, amitriptilină, nortriptilină — pot determina o scădere a acuităţii vizuale, legată de tulburări de convergenţă şi acomodare, al căror mecanism de producere este de tip neurovegetativ, corelat cu acţiunea lor parasimpaticolitică. Antidepresivele IMAO dau mult mai rar efecte secundare de tipul afectării acuităţii vizuale. Barbituricele, în cazul unei administrări îndelungate sau în doze mari, pot determina scăderea acuităţii vizuale, diplopie. Tulburări de acomodare şi diplopie pot să apară şi în cursul tratamentului cu tranchilizante, antrenînd o diminuare a acuităţii vizuale. Apariţia acestora este legată de administrarea continuă a substanţelor tranchilizante, după o perioadă de 10—14 zile de la instituirea terapiei, iar persistenţa lor, după suprimarea medicaţiei, poate dura 10—14 zile. Mecanismul de producere este de ordin neurovegetativ, legat de capacitatea de inhibiţie parasimpatică a acestor substanţe Acuitatea vizuală este afectată şi în tratamentul cu neuroleptice, datorită aceluiaşi mecanism anticolinergic. Tulburările de vedere constituie unul din primele efecte adverse observate la substanţele antiparkinsoniene cu acţiune predominant parasimpaticolitică. Ele pot apărea după un interval variabil de timp, de la 5—7 zile pînă la 2—3 săptămîni de la instituirea tratamentului antiparkinsonian.

215. **ACULAŢIE** (cf. gr. *akouein* „a asculta" *lalein* „a vorbi") ● Tip de limbaj în care predomină jargonofazia şi nonsensurile. Corespunde afaziei sintactice a lui HEAD. Se întîlneşte în afazia de tip Wernicke, asociată leziunilor girusului angulat stîng (la dreptaci). Subiectul nu înţelege limbajul vorbit sau scris şi, deşi aude şi vorbeşte, nu se face comprehensibil din cauza nonsensurilor pe care le exprimă.

216. **ACULTURAŢIE** (cf. lat. *ad-* ; *cultura*) ● Interferenţa unor culturi deosebite, avînd drept rezultat penetraţia lor reciprocă şi constituirea unei noi configuraţii culturale prin osmoză spirituală a comunităţilor în contact. Referitor la indivizi (grupuri), aculturaţia se referă la procesul de adaptare prin care un individ (grup) se integrează într-o cultură diferită, asimilînd — prin contact direct şi necesar cu un mediu socio-cultural inedit — unele dintre elementele definitorii ale acestuia (limbaj, simboluri, valori, norme, obiceiuri, ritualuri etc.), ceea ce presupune o modificare a fondului cultural din mediul originar. Specifică fenomenelor de migraţie, urba-

nizare, colonizare etc., aculturația impune subiecților care o suportă dificultăți de adaptare, asociindu-se cu o derută axiologică, cel puțin temporară, cu sentimente de dezrădăcinare și de marginalitate, pe fondul cărora se insinuează, de regulă, delincvența, diminuarea responsabilității, atrofierea gustului estetic, mimetismul lipsit de discernămînt etc.

217. **ACUPUNCTURĂ** (cf. lat. *acus* „ac" ; *punctura* „ințepătură") ● Metodă profilactică și curativă utilizată de medicina chineză încă din antichitate, introdusă în Europa de Louis BERLIOZ (1776—1848), tatăl compozitorului, Pierre-Fidèle BRETONNEAU (1778—1862) și Jules CLOQUET (1790—1883). Acesta din urmă, împreună cu fostul său student Dantu de VANNES, a publicat, în 1826, un tratat de acupunctură. În 1825, SARLANDIÈRE (1787—1838) a adresat Academiei de Științe un memoriu asupra electro-acupuncturii.

Primele lucrări complete privind acupunctura, bazate pe traducerea competentă a textelor clasice chineze, ne-au fost lăsate de Georges SOULIÉ de MORANT (1878—1955), care, după o lucrare despre sfigmologia chineză (1928) a publicat, începînd din 1939, un amplu tratat de acupunctură (în cinci volume).

Dintre tratatele de valoare apărute în ultimele decenii, le reținem pe cele publicate de A. CHAMFRAULT (1954—1959), G. BECHMANN (1959), J.E.H. NIBOYET (1951, 1970), J. LAVIER (1965, 1966, 1968), Nguyen van NGHY (1971, 1974), M. PORKERT (1972), F. MENN (1973), L. ROCCIA (1975), Jean Marc KESPI (1982).

L. ROCCIA (1979) citează statistici care apreciază că peste 50% din populația mondială apelează astăzi la acupunctură.

În țara noastră, acupunctura a fost introdusă după 1945 de către Dr. Ioan BRATU (1910—1965).

Acupunctura folosește ace implantate în anumite puncte determinate pe suprafața corpului. Are la bază concepția filozofică potrivit căreia există o unitate a tuturor fenomenelor naturale, care s-ar desfășura în acord cu o lege universală (DAO). Aceasta are două componente contrare : YANG și YIN, inseparabile și complementare. Materia ar avea la bază cinci elemente : focul, lemnul, metalul, pămîntul și apa, care stau sub semnul predominanței lui YANG sau YIN.

În univers, ar exista un principiu unic QI (energie), rezultat din cele două forțe opuse, YANG și YIN. Această energie ar fi analogă cu formele de energie existente în natură, permițînd organelor să se influențeze între ele. În tratatul Nei Jing se precizează : „energia QI provine din energia Soarelui și a Pămîntului, pătrunzînd în organism pe calea aerului și a alimentelor. Odată pătrunsă în organism, energia este transformată în două tipuri diferite : energie nutritivă (YOUNG) și energia defensivă (WEI). Prima stimulează dezvoltarea, iar a doua apără organismul de agresiunile externe. Se consideră că organele ZANG (parenchimatoase : ficat, cord, plămîn, rinichi, splină, pancreas) produc mai mult energie YOUNG, iar cele FU (cavitare : stomac, vezică biliară, intestin subțire, intestin gros și vezică urinară) produc mai multă energie WEI și mai puțină energie YOUNG. Primele sînt organe YIN, iar celelalte sînt organe YANG.

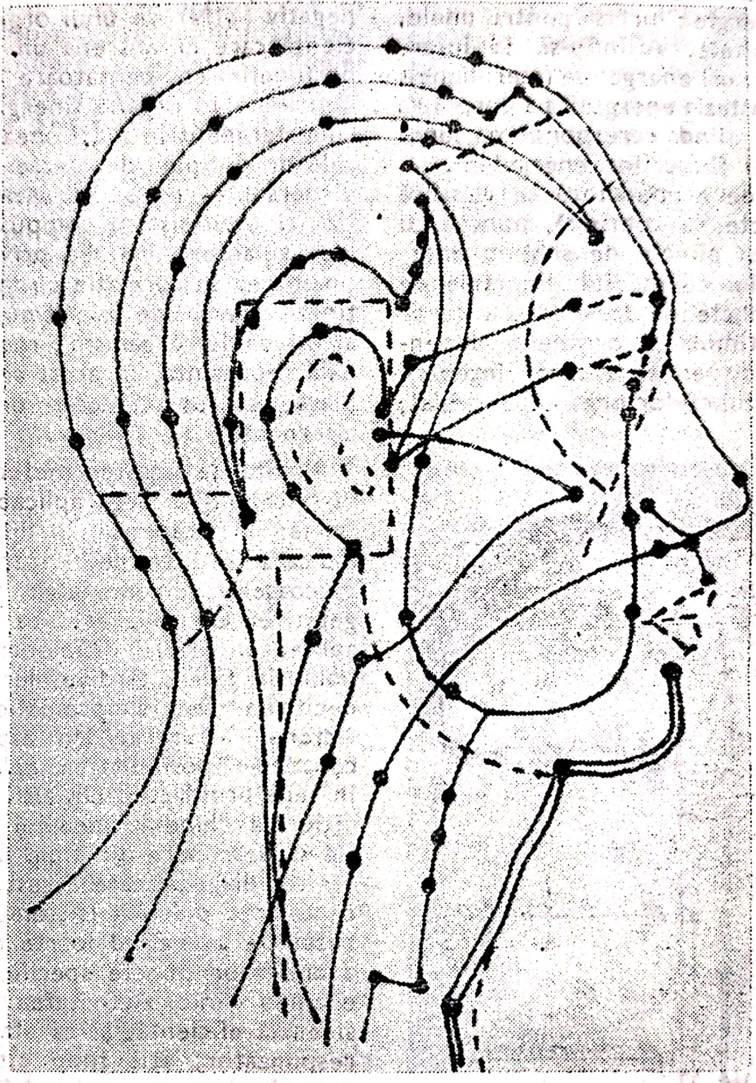
Meridianele sînt traiecte longitudinale, parcurse de fluxurile energetice. În limba chineză, aceste traiecte se numesc JING. Traducerea „meridian" aparține lui SOULIÉ de MORANT ; ea subliniază caracterul invizibil al traiectelor, dar pierde sensul de „curent activ". Există meridiane principale și meridiane secundare. Fiecare meridian principal prezintă un traiect intern (numit de LAVIER „cryptodrom"), care contactează organele ZANG și FU, și un traiect extern, la nivelul pielii, de-a lungul căruia se găsesc punctele de acupunctură, utilizabile pentru a influența circulația energiei.

Meridianele principale, în număr de 12, respectă principiul bipolarității : șase meridiane YANG și șase meridiane YIN. Ele realizează marea circulație energetică a organismului. Fiecare meridian are, în cursul a 24 ore, două ore de activitate minimă și două ore de activitate maximă. Zece meridiane alcătuiesc cele cinci unități energetice : foc, pămînt, metal, apă, lemn. O unitate energetică este constituită dintr-un meridian YIN, care corespunde unui organ parenchimatos, și un meridian YANG, care corespunde unui organ cavitar, plus un meridian tendino-muscular, un meridian distinct, unul longitudinal și unul transversal. Fiecare unitate energetică răspunde în organism de o anumită funcție. Astfel, unitatea energetică foc, compusă din meridianul intestin subțire-cord, răspunde în organism de activitatea nervoasă și psihică.

Terminologia europeană încearcă să găsească echivalențe optime pentru termenii din limba chineză. De aceea, de la autor la autor, diferă traducerea conceptelor cu care operează acupunctura. Se recomandă ca, întotdeauna, să se indice, în paranteză, denumirea chineză. Ca exemplu, iată o clasificare a meridianelor secundare (Laurențiu TEODORESCU) : meridiane tendino-musculare (JING JIN), vase LUO (LUO BIE), meridiane distincte (JING BIE) și meridiane curioase (QI JING).

Scanned with OKEN Scanner

Meridianele tendino-musculare circulă superficial, transportînd energie WEI. Își au originea în meridianele principale, la vîrfurile degetelor, de unde pleacă ascendent spre a se ramifica pe trunchi și cap. Energia circulă preponderent prin aceste meridiane YANG, în timpul zilei, și prin meridianele tendino-musculare YIN, în timpul nopții. Aceste meridiane nu prezintă puncte proprii, și tulburările circulației energiei prin ele se corectează folosind puncte ale meridianelor principale din care derivă (de pildă, înțeparea punctului I.G.4 în cefalee).



Puncte terapeutice – cap și gît

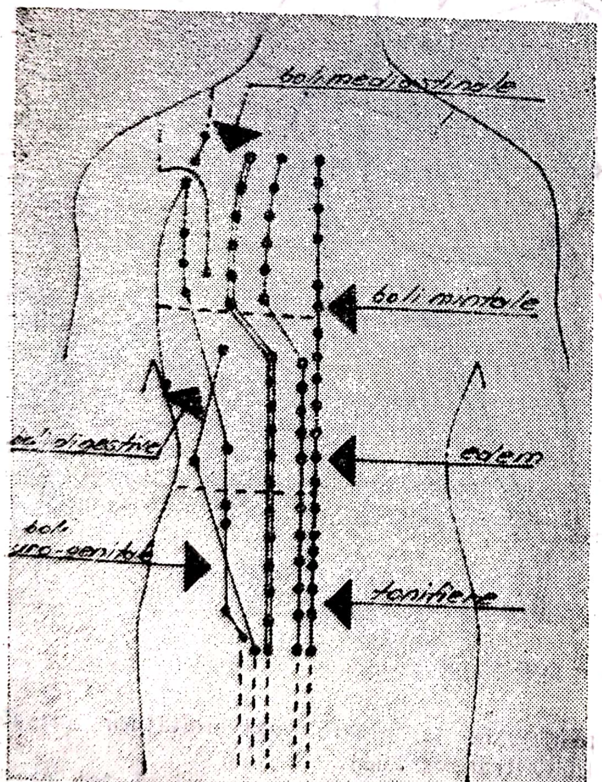
Vasele LUO reprezintă derivații ale meridianelor principale care iau naștere în punctele LUO, situate între cot, respectiv genunchi, și extremitatea membrului. Au rolul, pe de o parte, să lege printr-un circuit rapid și direct meridianele principale de organele ZANG și FU și de craniu (vasele LUO longitudinale), iar pe de altă parte, să stabilească legături reciproce între meridianele cuplate prin legea celor cinci elemente, constituind astfel un sistem de consolidare a circulației meridianelor principale la nivelul extremităților (vasele LUO transversale).

Meridianele distincte reprezintă tot ramificații ale meridianelor principale, avînd drept rol vehicularea energiei în regiuni pe care acestea din urmă nu le străbat.

Meridianele curioase (numite astfel prin opoziție cu meridianele principale și meridianele secundare ramificate din primele) realizează un sistem complex de control al energiei; dintre acestea cele mai importante sînt două: medio-anterioară „JENN-MO" și medio-poste-

rioară „TOU-MO". Punctele de acupunctură (XUE WEI) sînt zone punctiforme de 2—5 mm², suprafață la nivelul căreia s-ar desfășura schimburi de informații între mediul intern (organe) și mediul extern (energii exogene, cosmice), fiind astfel supranumite „porți ale energiei" sau „ferestre deschise pentru energie". Ele au o funcție selectivă, după tipurile de energie : închise pentru unele, deschise pentru altele. Aflîndu-se la intersecția diferitelor fluxuri energetice (meridiane), ele au rol în homeostazia energetică a corpului, starea de sănătate fiind corespondenta unui perfect echilibru al fluxurilor energetice.

Punctele active de acupunctură se clasifică tradițional în puncte de comandă, puncte cu acțiune articulară și puncte de schimb energetic al organismului cu mediul. Punctele de comandă conțin puncte de tonifiere, a căror înțepare duce la stimularea organelor dependente, puncte de dispersie, a căror înțepare duce la diminuarea funcțiilor organului corelat,



Puncte terapeutice toraco-abdominale

puncte de origine, din care pleacă meridianul, puncte de legătură, care conectează meridianele, puncte de asentiment și puncte de alarmă.

Concepînd boala ca dezechilibru energetic al organismului, metoda se realizează prin stimularea punctelor active (înțepare, presiune, stimulare electrică termică), pentru ca prin realizarea potențialului de leziune crescut pe punctul cu activitate specifică (tonifiere sau dispersie), să se restabilească echilibrul preexistent bolii. Concepția fundamentală a metodei privește boala ca dezechilibru energetic, rezultat din predominența sau deficiența unor funcții în sens pozitiv (YANG) sau negativ (YIN) ale unui organ sau sistem, deficiență care ar antrena un lanț de reacții, hiperfuncție compensatoare în alte organe și deficiență în organe sinergice. De aici concluziile terapeutice : acțiunea acupuncturii prin cele două tipuri de efecte — de tonifiere sau dispersie — nu se adresează unui organ izolat, ci unui sistem compus din organe sinergice și antagonice. Ea privește organismul ca un întreg în corelație cu mediul înconjurător, ținînd seama de bioritmul fiecărui organ și al întregului organism ; reechilibrarea funcțională reprezintă, în acest sens, o acțiune neliniară, cu un caracter ondulator de dublă alternanță.

Avantajele acestei metode au făcut ca ea să-și capete o largă aplicabilitate, constituind un factor terapeutic în numeroase boli. Este indicată în spasme viscerale, inflamații ale mucoaselor, diverse algii, tulburări neurovegetative. Condiția este ca tratamentul să fie aplicat în fazele incipiente, funcționale, ale bolii, în fazele tardive, lezionale, el neavînd decît un efect simptomatic, paleativ, asupra factorului durere. Un aspect interesant îl constituie posibilitatea aplicării acupuncturii în sens profilactic. De altfel, în medicina tradițională chineză, medicul casei avea obligația să descopere din timp dezechilibrele energetice, diagnosticarea acestora făcîndu-se prin cercetarea pulsului (sistemul de diagnosticare bazat pe puls fiind foarte complex și precis), a anumitor puncte specifice și pe baza unui examen clinic. Activitatea medicilor era considerată eficientă, și ca atare remunerată corespunzător, atît timp cît membrii familiei erau sănătoși, în cazul îmbolnăvirii lor, medicii avînd obligația să-i trateze gratuit. De avantajele acestei metode pot beneficia și unele simptome psihice : anxietatea, agorafobia, insomniile, impotența, frigiditatea, cenestopatiile.

J. C. DARRAS, președintele Uniunii Mondiale a Societăților de Acupunctură, a ținut în 1982, în cadrul Congresului Național Român de Acupunctură, o conferință despre utilizarea acestei metode în afecțiunile psihice, în care a pus accentul pe circulația în organism a energiei „psi" (psiho-informațională). Plecînd de la considerarea nevrozei drept con-

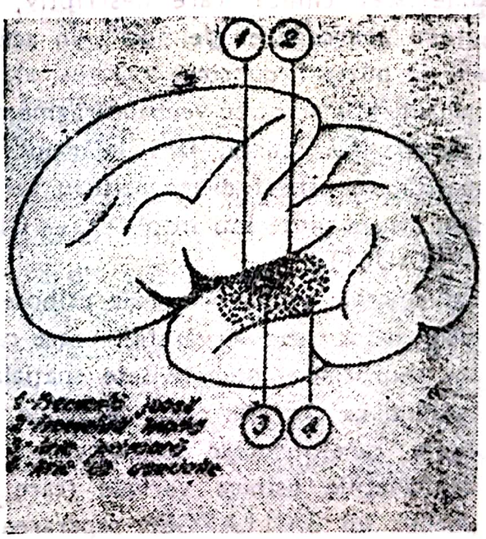
secinţă a unei proaste inserţii în timp şi a psihozei drept o dezinserţie în spaţiu, la care se adaugă lipsa conştiinţei bolii, dr. J. C. DARRAS a comunicat excelente rezultate în tratarea nevrozei obsesivo-fobice, a anxietăţii de intensitate psihotică, hiperagresivităţii, isteriei, delirurilor, halucinaţiilor, psihozei maniaco-depresive, a unei game largi de cenestopatii etc. Judecind energetic fiecare caz în parte, se poate veni în ajutorul oricărui bolnav, chiar dacă o ameliorare a simptomatologiei evidentă sau o stopare a evoluţiei bolii nu au aceeaşi valoare cu vindecarea deplină.

218. ACUSMIE (cf. gr. *akousma* „ceea ce se aude") ● Halucinaţie auditivă, la care se adaugă şi alte complicaţii de tipul tulburărilor senzoriale (R. CHOCHOLLE, 1968). Poate fi considerată ca varietate a ACUASMELOR şi este mai frecventă în patologia psihiatrică cu substrat organic.

219. ACUSTIC — *analizator* ● Analizatorul acustico-vestibular reprezintă sistemul neurofiziologic ce permite percepţia şi diferenţierea sunetelor (vibraţii acustice cuprinse între 20—20 000 c/s), inclusiv a caracteristicilor vocii, cu rol în orientarea şi integrarea individului în mediu. Fiind un analizator, cunoaşte trei componente: segment de recepţie, cale de conducere şi proiecţie corticală. Aparatul de recepţie cuprinde celulele de la nivelul organului lui Corti, din labirintul membranos al melcului situat în stînca temporalului. Stimulii sînt conduşi prin nervul auditiv pînă la al doilea neuron al căii de conducere, situat în punte (la nivelul trunchiului cerebral). Calea auditivă se continuă prin panglica lui Reil laterală şi, după ce trimite conexiuni spre alte formaţiuni, se proiectează cortical în lobul temporal, circumvoluţia transversală Heschel, ariile 41—42, unde se face percepţia sonoră. Mai există un cortex auditiv secundar cu funcţie auditivo-psihică, în aria 22T, cu rol în surditatea verbală. În aria 22, sunetele percepute în ariile 41 şi 42 sînt integrate, comparate şi transformate în engrame. La om, extirparea lobului temporal sting duce la o surditate verbală. Urechea umană percepe frecvenţe sonore cuprinse între 25—20 000 Hz şi amplitudini între 0—130 db. Recepţia auditivă are loc la nivelul organului Corti, celulele senzoriale de la acest nivel transformînd energia mecanică sonoră în influx nervos. Tulburările auzului pot fi determinate de leziuni la nivelul aparatului autidiv, de condiţii fiziopatologice ce modifică recepţia sonoră sau de dereglări funcţionale ale centrilor nervoşi superiori. Determinarea acuităţii auditive se realizează cu ajutorul audiometrelor (obţinîndu-se audiograme), care măsoară pragurile de audibilitate pentru sunete pure, zgomote şi mesaje verbale.

Senescenţa auriculară (presbiacuzia) este datorată unui proces degenerativ şi se caracterizează prin reducerea acuităţii auditive. În jurul vîrstei de 35 ani, pragul superior pentru sunetele înalte scade cu cca. 30%, iar după 50 ani — cu cca. 50%.

Modificările patologice ale auzului sînt reprezentate îndeosebi de sindroamele hipoacuzice (surditate), care presupun pierderea completă sau parţială a acuităţii auditive. Starea de invaliditate a hipoacuzicilor determină izolarea acestora de restul societăţii, fapt ce are consecinţe importante asupra stării lor psihice. Astfel, deficitul senzorial favorizează apariţia susceptibilităţii, a neîncrederii faţă de cei din jur, a interpretării faptelor acestora. În cazul unei personalităţi premorbide accentuate paranoiace, aceste tulburări pot atinge intensitate delirantă, sub forma delirului de interpretare al surzilor şi hipoacuzicilor. Se mai descrie o surditate psihică ce apare pe un teren nevrotic, isteric, în condiţii deosebite de solicitare psihică (stress, frustare, frică), fără nici o leziune organică la nivelul aparatului auditiv. Mecanismul fiziopatologic ar



Localizarea auditivă cerebrală

consta în tulburarea dinamicii proceselor corticale, în care reprezentarea corticală sonoră este anormală. Diagnosticul pozitiv este uşurat de prezenţa altor manifestări ale nevrozei şi, respectiv, ale isteriei.

Exercitînd o acţiune patogenică asupra analizatorului acustic, zgomotul reprezintă o noxă atît pentru organul care îl recepţionează, cît şi pentru întregul organism, fiind considerat drept una dintre agresiunile cel mai greu de suportat. Afectarea sistemului nervos central este exprimată prin apariţia unui sindrom general de „oboseală, slăbire", modificări EEG, tulburări de somn, modificări de excitabilitate neuromusculară, tulburări ale funcţiei vizuale, modificări ale sistemului nervos vegetativ, precum şi la nivelul proceselor psihoafective şi intelectuale.

220. ACUSTICOFOBIE(F) (cf. gr. *akoustikos* „relativ la sunet"; *phobos* „frică") ● Termen introdus în semiologia psihiatrică la sfîrşitul secolului al XIX-lea (1886), pentru a delimita o frică excesivă, nemotivată, maladivă faţă de sunete — în sensul strict al unor sunete şi nu în totalitatea acestora. Se întîlneşte în reacţii, nevroze şi în unele forme de schizofrenie. Necesită o diferenţiere faţă de afirmaţiile gratuite ale personalităţilor isterice, unde nu reprezintă propriu-zis o fobie, ci o încercare (a cita?) de a ieşi din nou în evidenţă.

221. ACUSTICO-VERBALE(H) halucinaţii ● Termen rezervat de H. EY pentru descrierea fenomenului heteroclit atît în geneză, cît şi în manifestarea clinică, care descriptiv, s-ar putea numi „perceperea de voci". În această categorie ar putea fi cuprinse:

- halucinaţiile acustico-verbale fragmentare (cu apariţie scurtă, fără înlănţuire tematică, cu aspect de parazitism verbal; sînt „incoerente sau insolite" — CLERAMBAULT);
- halucinaţiile acustico-verbale psihosenzoriale (halucinaţia adevărată) — are caracter senzorial şi obiectivitate spaţială — apărînd ca voci ale unor persoane invizibile, care însoţesc delirantul;
- halucinaţiile psihice verbale (care i-au permis lui BAILLARGER separarea halucinaţiilor psihosenzoriale de halucinaţiile psihice). Caracteristicile acestor halucinaţii (după unii autori, singura posibilitate de manifestare a halucinaţiilor psihice) sînt: absenţa senzorialităţii, absenţa participării subiective, sentimentul de stranietate şi de fenomen impus (xenopatic).

Alte modalităţi de clasificare a halucinaţiilor acustico-verbale au încercat o integrare structuralistă, fondată pe raportul cu delirul. H. EY, care a realizat o remarcabilă analiză a acestor halucinaţii, ajunge la concluzia că ele constituie „concertul vocilor prin care este anunţat discursul inconştientului în delir la diversele sale nivele de destructurare a fiinţei conştiente".

222. ACUT (cf. lat. *acūtus* „ascuţit") ● Adjectiv folosit în medicină pentru a desemna o simptomatologie cu manifestare zgomotoasă sau evoluţie către un moment critic a unei afecţiuni sau proces patologic. Una dintre dichotomiile operate în clasificarea bolilor sau fenomenelor patologice face separaţia acut-cronic, subliniind ideea că o stare patologică nu poate rămîne un interval de timp nedefinit în stare acută.

În psihiatrie, criteriul intensitate-durată a fost folosit mai ales de psihiatria clasică, pentru a marca primele observaţii privind natura reversibilă a unor tulburări psihice faţă de tendinţa la o evoluţie prelungită a altora. Odată cu introducerea terapiilor eficiente, această situaţie decurgînd din evoluţia naturală a bolilor s-a complicat, criteriul pierzîndu-şi din valabilitate, întrucît nu există un raport direct între caracterul acut al unor manifestări şi prognosticul lor.

Simptomatologia adolescentului, deşi îmbracă adesea tabloul critic al unor sindroame acute şi polimorfe, are un prognostic bun, pecînd delirul acut are un prognostic rezervat. Atitudinea psihiatrului în faţa unei patologii acute, care în cele mai multe cazuri reprezintă şi o urgenţă psihiatrică, trebuie să se înscrie în parametrii generali ai atitudinii medicale în faţa unor cazuri de acest tip: intervenţie promptă cu folosirea maximă a resurselor medicale. Uneori, prezenţa medicului „acutizează" în mod nedorit simptomatologia, aşa cum se întîmplă în isterie şi simulaţie — rolul anturajului fiind hotărîtor în aceste circumstanţe.

223. ACUT(D) delir (cf. lat. *acūtus*; *delirium* „nebunie") ● Denumit şi sindrom confuzional malign, datorită evoluţiei rapide, frecvent mortale, şi a predominenţei confuziei mintale profunde. MARCHAND (1929) i-a dat denumirea de encefalită psihotică acută azotemică, deoarece paraclinic se constată hiperazotemie care creşte constant în timp. Autorul consideră acest sindrom ca o modalitate univocă de răspuns a sistemului nervos, în mod particular vulnerabil la pacienţii respectivi, în faţa diferiţilor agenţi stressanţi; infecţii, in-

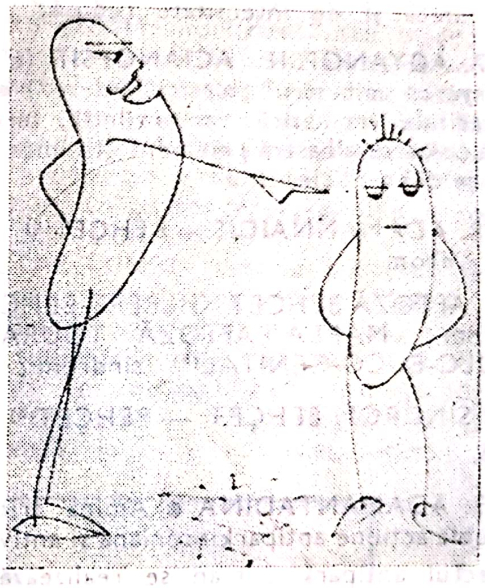
Scanned with OKEN Scanner

toxicații, traumatisme și, cel mai frecvent, în urma abuzului sau sevrajului la alcool ⟶ DELIR ACUT.

224. ACUTRAN[M] S.U.A. — DCI *Amfecloral* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip α -metil-N-(2,2,2-tricloroetilidene) fenetilamină — amină simpaticomimetică, cu valențe anorexigene. Utilizarea în doze mari nu duce la creșterea randamentului ; utilizarea repetată poate creea pericolul dependenței.

225. ACUZARE (cf. lat. *accusāre* „a acuza, a învinui") ● Unele tulburări psihice creează subiectului nevoia impulsivă de a aduce diverse acuzații adresate unor persoane apropiate, celor care îi îngrijesc, unor persoane cvasinecunoscute sau a unor instituții și organizații. Mitomanul aduce acuzații unor persoane pentru delicte sau crime (reale sau imaginare), plasîndu-se în centrul unor povestiri cu caracter lugubru și, nu rareori, lubric. Vanitatea sa este satisfăcută de compasiunea celorlalți. El renunță uneori la rolul de personaj central (deși nu folosește întotdeauna autoheterodenunțarea), pentru a se plasa în poziția aparent secundară de victimă imaginară sau supermartor, deținînd o informație uluitor de completă asupra faptelor (de la motivație pînă la microdetalii). Prins în joc, mitomanul își părăsește încet-încet rolul pentru a se erija în justițiar, într-un tribunal în care propriile răspunsuri îi devin realitate și fapte, întregind construcția fabulatorie. Astfel de autori de acuzații imaginare pot antrena complicații și erori judiciare reale. Copiii, fiind ușor sugestionabili, pot fi folosiți pentru a depune în instanță mărturii false. Dintre personalitățile dizarmonice, acuzatorii anonimi se înscriu în planul unei periculozități sociale deosebite, prin energia cu care își desfășoară campaniile denigratoare, în care mecanismele „distructiv-vindicative" (FROMM) ajung în prim-plan cu consecințe dintre cele mai nefaste. Pericolul este cu atît mai mare, cu cît identificarea unor astfel de subiecți este dificilă, iar acceptarea lor mutuală duce la trecerea la acte anonime de violență, cu același caracter impulsiv. De o periculozitate la fel de importantă, dar cu o posibilitate crescută de identificare (și deci, de luare a măsurilor cuvenite de izolare și tratament) sînt acuzațiile paranoicului. Tendința lui spre acuzare este bazată pe raționamente patologice, logică falsă, interpretări.

El își urmărește scopul cu o perseverență ieșită din comun, uneori pornind să-și facă singur „*dreptate*". În cazul schizofrenului, inversiunea sa afectivă stă cel mai adesea la baza acuzațiilor pe care acesta le aduce părinților, familiei, uneori terapeutului. Adesea motivația subiectului este absurdă sau chiar lipsește, acuzațiile repetîndu-se mecanic și incoerent în discurs. Acuzații cu caracter și mai



nebulos aduc pacienții cu deliruri de persecuție pentru suferințele imaginare pe care le au ; ei îi acuză imprecis pe ceilalți, sau acuză toată lumea. Este posibilă trecerea de la acuzare la acte autojustițiare. Psihozele de involuție sînt însoțite frecvent de acuzații la adresa familiei, moștenitorilor, vecinilor, acuzații slab sistematizate și cu o tematică flotantă, în care transpare însă „*persecuția sistematică la care bătrînul este supus*". Aceste acuzații par legitime din poziția celui pentru care a (mai) avea ceva în lume înseamnă a (mai) fi încă în lume, deposedarea de lume devenind desființare în sensul cel mai strict. În demență, acuzarea se sprijină pe slăbirea raționamentului și a simțului critic, acuzațiile devenind incoerente.

226. ACVAFOBIE[F] (cf. lat. *aque* „apă" ; gr. *phobos* „frică") — sin. HIDROFOBIE[F] ● Termen introdus în semiologia psihiatrică la finele secolului al XIX-lea, odată cu alte fobii ; ca simptom este cunoscut încă din antichitate; legat însă nu de tulburările psihice ci de rabie. În accepțiunea actuală, delimitează frica nemotivată, exagerată, patologică, față de apă.

Nu trebuie confundată cu frica de apă a copilului și cu neutilizarea apei pentru necesitățile de igienă corporală din schizofrenie și demențe (care nu au la bază un mecanism fobic, ci unul de neglijare, de abandonare, a propriei persoane). Acvafobia se întilnește în nevroze și în dizarmonii ale personalității, neavînd o semnificație patologică deosebită atita timp cit este unică și de intensitate redusă.

227. **ACYANOPSIE ACIANOPSIE** (cf. gr. *a-*; *kyanos* „albastru"; *opsis* „vedere") ● Tip de cecitate cromatică, rar întîlnită, care vizează culoarea albastră; element util unor diagnostice diferențiale.

228. **ADAMANNAIDIS — BEHÇET[S] sindrom**

—sin. AFTOZĂ BEHÇET; GILBERT-BEHÇET[S] sindrom; MAREA AFTOZĂ TOURAINS; OCULO-BUCO-GENITAL[S] sindrom; TRIPLU SINDROM BEHÇET $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET[S] sindrom.

229. **ADAMANTADINA** ● Amină triciclică cu dublă acțiune antiparkinsoniană și antivirală.

Efectul antiparkinsonian se realizează atit asupra afecțiunii în sine, cît și asupra sindromului parkinsonian de origine medicamentoasă (determinat de neuroleptice). Efectele favorabile asupra rigidității parkinsoniene și asupra dispoziției subiectului par a fi datorate eliberării dopaminei din terminațiile dopaminergice, în special la nivel nigrostriatal. Efectul terapeutic se instalează în citeva zile, după care intensitatea acțiunii scade, ceea ce justifică administrarea pe durată scurtă, de 2—3 săptămîni, alternativ cu terapia tradițională. Se absoarbe pe cale digestivă și este eliminată ca atare urinar, alterarea funcției renale determinînd acumularea substanței în organism. Comparativ cu levo-dopa beneficiul terapeutic este mai slab, dar toleranța este mai bună, iar efectele secundare sînt mai reduse, pasagere și întotdeauna reversibile. Eventualele reacții adverse sînt favorizate de asocierea cu agenți anticolinergici, cu levo-dopa, și de administrarea la persoane cu antecedente psihiatrice.

Efectele secundare sînt reprezentate de excitație, irascibilitate, insomnii, incapacitate de concentrare, atonie, convulsii, tulburări de vorbire, de vedere, digestive, retenție urinară, apariția la nivelul extremităților a aspectului de „livido reticularis" prin efectul vasoconstrictor al catecolaminelor eliberate; retenția hidrică poate determina edeme periferice, insuficiență cardiacă. Dozele mari sau prezența condițiilor favorizante expuse mai sus generează stări de agitație psihomotorie, halucinații, stări confunzo-onirice. Este contraindicată sau va fi administrată în doze mici la subiecți cu stări confuzive sau halucinatorii, la epileptici (putînd agrava simptomatologia), în ateroscleroză, afecțiuni hepatice, cardiace sau renale, în sarcină și în timpul alăptării. Nu este indicat a fi utilizată în ambulator la persoanele ale căror profesiuni necesită coordonare psihomotorie, atenție concentrată, precizie. Nu se asociază cu excitante ale sistemului nervos central, anorexigene, simpatomimetice. Doze mici se pot asocia cu levodopa la persoanele ce tolerează greu această substanță, precum și cu antiparkinsoniene, anticolinergice. În cursul tratamentului, este interzis consumul de alcool.

230. **ADAMISM** ● Formă rară de exhibiționism masculin, constînd în apariția bruscă a individului, complet dezbrăcat, într-o adunare feminină numeroasă, manifestare avînd caracter demonstrativ, infantil. Unii autori au apropiat în mod nejustificat triolismul (plăcerea de a avea contact sexual în fața mai multor persoane) de această perversiune. O formă rleativ benignă de adamism este pătrunderea subiecților nudiști în solariile rezervate femeilor.

231. **ADANTOL[M]** Brazilia — DCI *Isotipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)-10H-pirido/3,2-b//1,4/benzotiazină, cu acțiune dublă: neuroleptic-sedativă și antihistaminică — ambele valențe moderate și cu efecte secundare minime, ceea ce conferă produsului o gamă largă de utilizare.

232. **ADAPIN[M]** S.U.A. — DCI *Doxepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOXEPINA[M] România.

233. **ADAPTARE** (cf. lat. *adaptare*) ● Deși caracterizează întreaga materie vie și definește una dintre trăsăturile fundamentale ale acesteia, aceea de a se adapta morfologic și funcțional la caracteristicile mediului filo- și ontogenetic, adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalității umane. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul, pentru a putea „răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau a unor

experiențe noi" (SUTTER). Procesul de adaptare, este în cazul ființei umane, biunivoc, avînd și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea în funcționare. În 1907, H. SELYE introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă — stress. Termenul a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat, în context, o adevărată patologie legată atît de adaptare, cît și de stress ; deși aceasta nu mai este în legătură directă

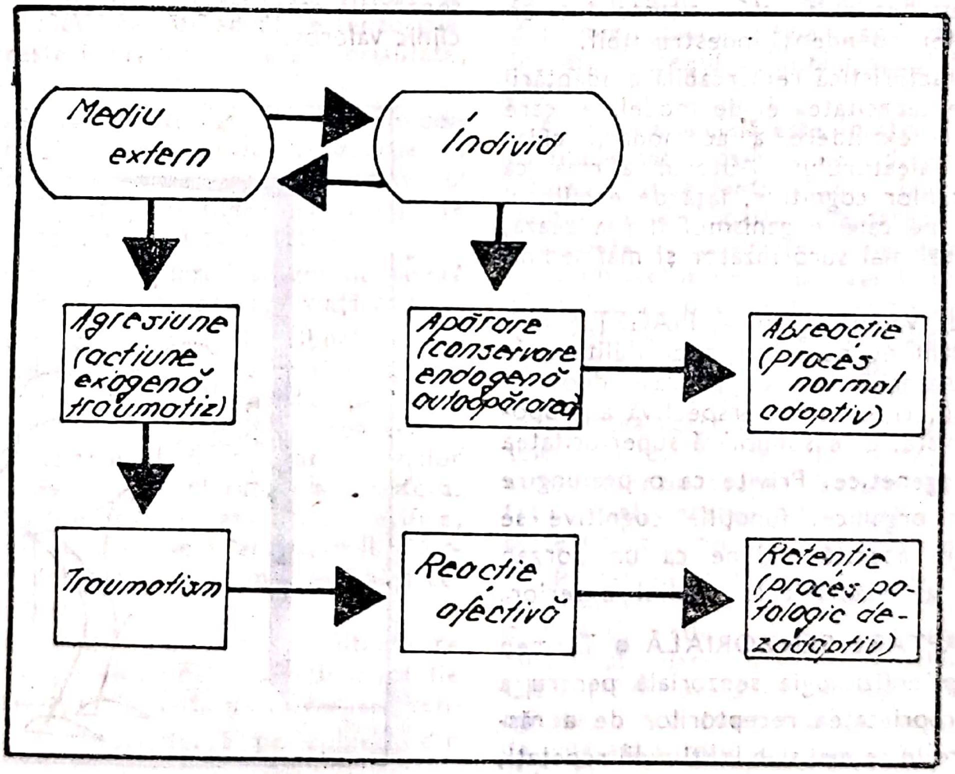
prezent pentru a se adapta la viața pe care este chemat să o trăiască" reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală" rămîn problema fundamentală, alături de funcțiile prin care acestea se realizează.

A. MEYER va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată.

Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerînd inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresiunea ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțînd la adaptare la nivelul de solicitare cerut, pentru a cobori către unul mult mai redus.

J. STAROBINSKI descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate :

Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, între răspuns și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind



cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

CAMPBELL arată că „diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și dificultățile sale interioare, cu experiența din trecut și cu cea din

mult mai intens decît ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări, în care acest proces se amplifică atît vertical (în dimensiunea temporală), cît și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale,

resimţite dureros de subiectul care rămîne în restul timpului „în afara jocului". După ENĂCHESCU, nevrozele ar apărea ca un conflict între acţiunea practică şi rezultatele acesteia.

În procesele organice şi în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare, ca mecanism fundamental declanşator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancţionate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacţioniste ale psihiatriei americane din deceniile 4—6, ca şi antipsihiatria). Dezadaptarea este aici un efect, şi nu o cauză a bolii.

234. ADAPTARE MINTALĂ ● Termen din psihologia piagetiană, semnificînd o echilibrare a schemelor asimilative, prin acomodarea continuă la datele noi. Autorul susţine superioritatea adaptării cognitive faţă de orice alt tip de adaptare, deoarece nu este grevată de încercare şi eroare, ca adaptarea organică, şi-şi construieşte un „mediu" infinit mai întins şi mai stabil, instrumentat operaţional. Experienţa şi raţiunea sînt astfel situate într-un raport de interdependenţă indestructibil.

O altă caracteristică remarcabilă a adaptării mintale este capacitatea ei de modelare, care reprezintă o extindere a acomodării chiar pe terenul aleatorului. Autorul afirmă că avansul funcţiilor cognitive, faţă de echilibrul aproximativ pe care organismul îl realizează, este lucrul cel mai surprinzător şi mai semnificativ.

Punctul de vedere al lui J. PIAGET (1967) este interesant nu numai ca o posibilitate de modelare analogică a unor procese deosebit de complexe, ci şi ca o perspectivă antropologică optimistă, care subliniază superioritatea adaptării filogenetice. Privite ca o prelungire a reglărilor organice, funcţiile cognitive se constituie în această viziune ca un „organ diferenţial" al adaptării la mediul exterior.

235. ADAPTARE SENZORIALĂ ● Termen folosit în psihofiziologia senzorială pentru a desemna proprietatea receptorilor de a răspunde din ce în ce mai slab la stimulii repetaţi, de intensitate constantă.

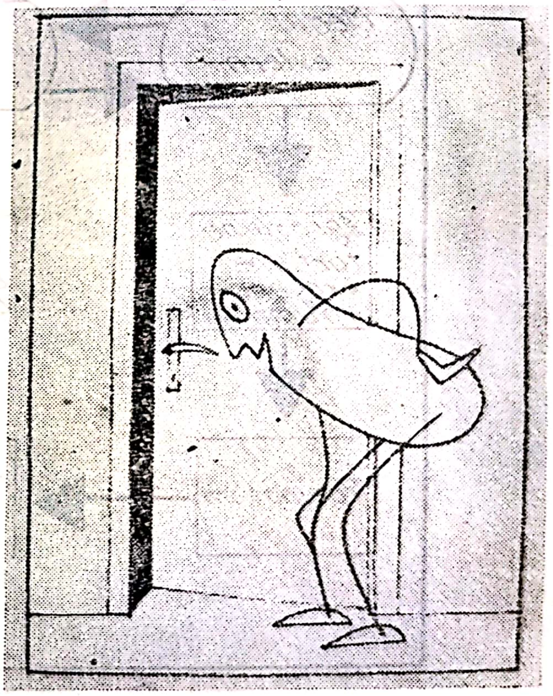
În neurofiziologie, în accepţiunea dată de ADRIAN, prin adaptare se înţelege reducerea asimptotică a ritmului impulsurilor nervoase iniţiale de la nivelul unui neuron senzitiv, ca rezultat al administrării unei stimulări constante a receptorului corespunzător.

În funcţie de variaţiile nivelului de excitabilitate-sensibilitate, se descriu :

- adaptarea senzorială negativă (analizatori cu sensibilitate scăzută + stimuli puternici) ;
- adaptarea senzorială pozitivă (analizatori cu sensibilitate crescută + stimuli slabi).

Mecanismele de reglare implicate sînt periferice (care ţin de receptori) şi centrale (care modelează adaptarea senzorială, prin facilitare sau frînare, în funcţie de valoarea de semnalizare). Dintre toţi receptorii, analizatorul vizual posedă cel mai larg registru adaptativ (proprioceptorii sînt greu adaptabili, iar cei cutanaţi şi olfactivi — uşor adaptabili), cu capacităţi de adaptare la lumină şi întuneric, la distanţă şi apropiere — posibilităţi care sînt utilizate în practica neurologică pentru testarea integrităţii unor structuri cerebrale.

În psihiatrie, modificările adaptării senzoriale însoţesc majoritatea tulburărilor psihice, fiind adesea fundalul pe care se desfăşoară restul tabloului simptomatologic. Adaptarea senzorială este, în unele afecţiuni, şi un semn clinic valoros.



Astfel, în nevroze, „slăbiciunea iritabilă" se manifestă şi prin scăderea pragurilor senzoriale, în special a celui auditiv, ca şi printr-o creştere a sensibilităţii interne (viscerale). Aceste modificări sînt acuzate cu insistenţă de subiect, fiind uneori nucleul simptomatic al întregii patologii.

În dizarmoniile personalității, adaptarea senzorială a psihastenicului și astenicului suferă modificări putînd culmina cu fenomene de desomatizare și derealizare.

În intoxicații, dezadaptarea senzorială este legată de natura toxicului și de gradul de dependență. Astfel, în intoxicația cu psihodisleptice, informația senzorială se desemnifică, controlul și ordonarea se reduc la maximum în favoarea perceptualizării, pragurile senzoriale sînt reduse semnificativ, stimulii subliminali putînd declanșa o avalanșă de senzații. Simultaneitatea manifestărilor de mai sus cu cele care se realizează uneori în condițiile izolării senzoriale lasă să se întrevadă mecanismele acestor tipuri de dezadaptare senzorială.

Stările confuzionale provoacă dezadaptare senzorială nu numai prin marile tulburări neurovegetative de care sînt însoțite, ci și prin scăderea gradului de vigilitate, care duce la o creștere a pragurilor senzoriale, însoțită uneori de apariția unei productivități senzoriale parazite. Tot pe fondul tulburărilor nivelului de conștiință hipnagogic și hipnapompic se pot produce modificări de adaptare senzorială, în sensul creșterii pragurilor de senzorialitate, cu apariția unei producții halucinatorii.

Stările afective provoacă nu numai modificări ale nivelurilor pragurilor senzoriale, ci și modificări calitative ale senzațiilor, în sensul perceperii cu preponderență a acelor aspecte care sînt congruente cu sensul timiei.

În schizofrenii, adaptarea senzorială suferă aceleași distorsiuni ca și întreaga viață psihică.

Patologia organică asociază tulburările degenerative de la nivelul analizatorilor cu destructurări la nivel central, creînd o patologie de interferență, în care dezadaptarea senzorială nu mai este doar o consecință a tulburărilor mintale, ci devine agentul cauzal al acestora. Dezadaptarea senzorială capătă note specifice, fiind afectați cu precădere analizatorii olfactivi și tactili (referitor la ultimii, mai ales cei din zonele erogene).

Sîntem de acord cu opinia acelor autori care susțin că nota specifică a patologiei de involuție este dată, de fapt, de lenta dezaferentare senzorială, care-l dezadaptează pe subiect din sistemul realității.

236. ADAPTARE SOCIALĂ ● Deși definită cu dificultate și oarecare imprecizie, adaptarea socială a reprezentat dintotdeauna un criteriu de definire a sănătății mintale. În termeni generali, se poate spune că adaptarea socială reprezintă un produs al acumulării și condensării în timp a reacțiilor de interdicție interpersonală, un proces de integrare activă a persoanei în micro- și macrocolectivitatea în care trăiește. Ea este în strînsă legătură cu conceptul de sociabilitate.

Capacitatea individului de a realiza raporturi pozitive cu ceilalți (inclusiv cele de conveniență) reprezintă capacitatea de acomodare a acestuia la un mediu dat.

Desfășurată în raport cu perioadele existente, adaptarea socială are note specifice în funcție de vîrstă, individul integrîndu-se treptat la diferite niveluri cu o structură din ce în ce mai complexă.

De la mediul familial la cel școlar și apoi la cel profesional, individul uman suferă o serie de remodelări succesive, trebuind să renunțe la anumite obiceiuri, atitudini, valori și interese, pentru a-și însuși în permanență altele noi, acceptate și respectate de grupul social. Deși relațiile interumane au un rol major în adaptarea socială, nu numai ele o influențează ; intervine și influența factorilor de mediu, care, ca și în cazul altor forme de adaptare, pot determina așa-numitele „boli de adaptare", în care întregul echilibru adaptativ pare depășit.

Adaptarea socială este în strînsă relație cu particularitățile psihice ale individului și suferă influențe importante atunci cînd acestea sînt modificate de boală. Adaptarea nu poate fi concepută ca un criteriu de reușită socială, ci ca un factor de stabilitate și continuitate a efortului, ca o aspirație permanentă spre valorile grupului. Celebra formulă schneideriană, prezentînd psihopatul drept „cel care face să sufere societatea", semnifică în esență inabilitatea acestuia de a se adapta la exigențele sociale. Pe de altă parte, H. BARUK atrage atenția asupra faptului că supraadaptații social, care se integrează cu ușurință în orice situație, nu pot fi asimilați cu conceptul de personalități armonice, lipsa de inițiativă și creativitate, incapacitatea de a formula puncte de vedere, lipsa spontaneității neputind fi asimilate cu valori pozitive. Y. PELICIER (1978) arată că, în perioadele istorice agitate, „cînd fanatismul și pasiunile țin loc de judecată și rațiune", s-au putut vedea psihopați care au jucat un rol politic (limitat) ; aparenta lor reușită demonstrează însă nu adaptarea socială la o condiție excepțională, ci doar dezorganizarea structurilor sociale, care astfel se suprapun cu însuși dezorganizarea lor.

Luată drept criteriu în definirea unor boli psihice, adaptarea socială reprezintă pentru psihiatria americană, orientată net spre as-

pectul pragmatic, o coordonată majoră, care este descrisă atît sub aspectul cantitativ, cît și sub cel nuanțat calitativ.

În opoziție cu gravele disfuncții pe care psihozele le generează în adaptarea socială a individului, trebuie accentuat faptul că reintegrarea și readaptarea socială reprezintă evidente criterii ale unei evoluții favorabile și ale unei remisii de bună calitate și, prin aceasta, o pîrghie terapeutică majoră.

237. **ADAPTOL**(M) Spania — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă)-10, 10-dimetil-9,10-dihidroantracenă, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

238. **ADAZINE**(M) S.U.A. — DCI *Trifluopromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-Dopa. Influențează reacțiile conducătorilor auto.

239. **ADDISON**(B) *boală* ● Endocrinopatie datorată glandelor cortico-suprarenale, descrisă pentru prima dată de medicul englez THOMAS ADDISON (1793—1860). Este mai frecventă la adulții tineri sau de vîrstă medie, cu predominența sexului masculin. Insuficiența se datorește atrofiei primare sau secundare a glandelor suprarenale, în urma unor afecțiuni (de exemplu, tuberculoză), rezultînd o producție scăzută de steroizi (cortizol, aldosteron, androgeni) și avînd ca efecte pierderea de sodiu, retenția de potasiu, deshidratarea extracelulară și glicemia scăzută. Din punct de vedere clinic, simptomele debutează lent, progresiv, cu astenie, inapetență, scădere în greutate, hiperpigmentarea suprafețelor expuse (mai ales la cutele de flexiune și în jurul unghiilor), scăderea libidoului cu impotență la bărbați, amenoree la femei, rezistență diminuată la stress, sensibilitate crescută la infecții, hipotensiune arterială, frecvente sincope, fenomene de hipoglicemie, predispoziție la convulsii — EEG cu anomalii frecvente (unde lente de amplitudine crescută, difuz înregistrate). De notat criza addisoniană care reprezintă o exacerbare a simptomatologiei mai sus menționate, apărută spontan sau secundar unor infecții, expunerii la temperaturi scăzute sau datorată administrării de droguri (morfină, agenți anestezici). Se manifestă prin febră, vomă, dureri epigastrice, colaps, deshidratare. Din punct de vedere psihic, este de remarcat directa proporționalitate între gravitatea tulburărilor endocrine și a tulburărilor psihice, care, în cadrul crizelor addisoniene, merg de la sindroame nevrotiforme pînă la tulburări acute de conștiință (psihosindrom organic acut). Sindromul nevrotiform din cursul bolii Addison, manifestat prin astenie, fatigabilitate, inițiativă diminuată, bradipsihie (hipoprosexie, hipomnezie, diminuarea fluxului ideativ cu un conținut tematic sărac și monoton), trebuie diferențiat de: neurastenie, sindroame astenice din cadrul altor boli somatice și de unele forme de debut ale unui proces schizofrenic (sugerat de aspectul de indiferență, anergie mintală și sărăcirea gîndirii) — ENGEL (1941), CLEGHORN (1957). Au fost descrise tulburări de afectivitate și comportament manifestate prin opoziționism, iritabilitate, irascibilitate, depresie, instabilitate sau apatie — DRAKE (1957), MERY (1960), precum și tulburări psihotiforme: sindroame paranoide acute și cronice, stări halucinatorii, psihoze schizofreniforme — CLEGHORN (1951). De asemenea, trebuie amintit și aspectul de tulburare acută de conștiință, apărut în cadrul crizelor addisoniene: debut prin stare de iritabilitate crescută, angoasă, coșmaruri, iar în perioada de stare se realizează tabloul stuporului addisonian — bolnav imobilizat, confuz, uneori cu crize convulsive, stare de colaps, deshidratare, insuficiență circulatorie periferică.

MICHAEL și GIBBONS (1963) au descris, la 3/4 din subiecții observați, structuri de tip psihopatoid (în decursul evoluției insidioase și lent progresive a bolii), cu sărăcirea gîndirii și afectarea memoriei recente. În sfîrșit, s-a constatat că administrarea de cortizon poate declanșa în primele zile ale tratamentului manifestări psihice pînă la intensitate psihotică (mai frecvent de aspect maniacal), care se remit spontan.

Diagnosticul diferențial, din punct de vedere somatic, se face cu insuficiența hipofizară, pelagra, hemocromatoza, TBC pulmonar, iar din punct de vedere psihiatric, cu neurastenia, schizofrenia, demența incipientă. Prognosticul afecțiunii este bun datorită posibilității administrării terapiei cortizonice de înlocuire.

240. **ADECVAT** (cf. lat. *adaequatus* „adus la egalitate") ● Operație prin care se stabilește un raport de concordanță (corespondență) între actele cognitive și realitatea pe care acestea o reflectă; eliminarea deformărilor subiective prin articularea unor cunoștințe

ce stau într-o relație de cît mai deplină corespondență față de realitatea referențială. Într-un sens mai cuprinzător, inițierea unei acțiuni sau adoptarea unui comportament care se conformează (se înscrie în mod firesc, se adaptează armonios) unui ansamblu precis de reguli; stabilirea unei concordanțe între conduita subiectului și modelul praxiologic instituit de către autoritatea unui sistem normativ.

În fiziologie, se referă la corespondența dintre stimul și răspuns. În psihiatrie, „răspunsul adecvat" are aparent sensul fiziologic, dar prin pierderea corespondenței dintre stimul și răspuns, capătă un caracter aparte, putînd îmbrăca o infinitate de nuanțe. Astfel, reacțiile cu caracter psihopatologic sînt cele în care nu se mai poate stabili un raport coerent, de adecvare, între eveniment și trăirile sau comportamentul subiectului. Acest raport inadecvat poate avea drept determinant starea de boală sau dizarmoniile de personalitate și poate îmbrăca cele mai diferite aspecte. Trebuie subliniată în acest context, imposibilitatea psihopatului de a se armoniza cu un sistem de reguli.

Calitatea, acuratețea, adecvarea răspunsului par pentru începător elemente ușor sesizabile și de valoare, în stabilirea diagnosticului; ele devin însă o adevărată povară pentru specialistul cu experiență, care, deși are deja creat un sistem (model) unitar de lucru, va fi totuși copleșit, la un moment dat, de multitudinea variantelor, de bogăția nuanțelor și chiar de propria sa experiență, aceste fapte putîndu-l pune în fața unor situații infinit mai grele în elaborarea diagnosticului.

241. ADEFAGIE (cf. gr. *aden* „glandă"; *phagein* „a mînca") • Termen fără utilizare curentă, fiind înlocuit de sinonimul BULIMIE.

242. ADEGADINA[M] Columbia — DCI *Fentermină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α α-dimetilfenililamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

243. ADELOMORFĂ[II] halucinație (cf. gr. *a-*; *delos* „evident"; *morphe* „formă") • Halucinații de tip vizual, caracterizate prin absența unui contur net al imaginilor, care sînt difuz delimitate. Halucinațiile vizuale psihice au mai des acest caracter imprecis decît cele psihosenzoriale.

244. ADEMONIE (cf. gr. *a-*; *daimon* „ființă supranaturală") • Termen utilizat în psihiatria preclasică, pentru a desemna depresia agitată.

245. ADENOCORTICOIZI-ADENOCORTICOSTEROIZI — hormoni $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CORTICOIZI-CORTICOSTEROIZI.

246. ADENOHIPOFIZĂ (cf. gr. *aden* „glandă"; *hypo* „sub"; *physis* „creștere" • Una dintre cele mai importante glande endocrine din organism („regina glandelor"); importanța ei deosebită este marcată atît prin numărul mare de hormoni pe care îi secretă, cît și prin controlul pe care aceștia îl exercită asupra activității altor glande endocrine. Hormonii glandulotropi și endocrinotropi, prin care hipofiza anterioară domină fiziologia endocrină, sînt: ACTH — hormon adenocorticotrop, care controlează secreția cortico-suprarenală de glucocorticoizi și 17-cetosteroizi androgeni; TSH — hormonul tireotrop, care stimulează sinteza și eliberarea de hormoni tiroidieni; FSH, LH (ICSH) — hormonii gonadotropi, care influențează activitatea gonadelor.

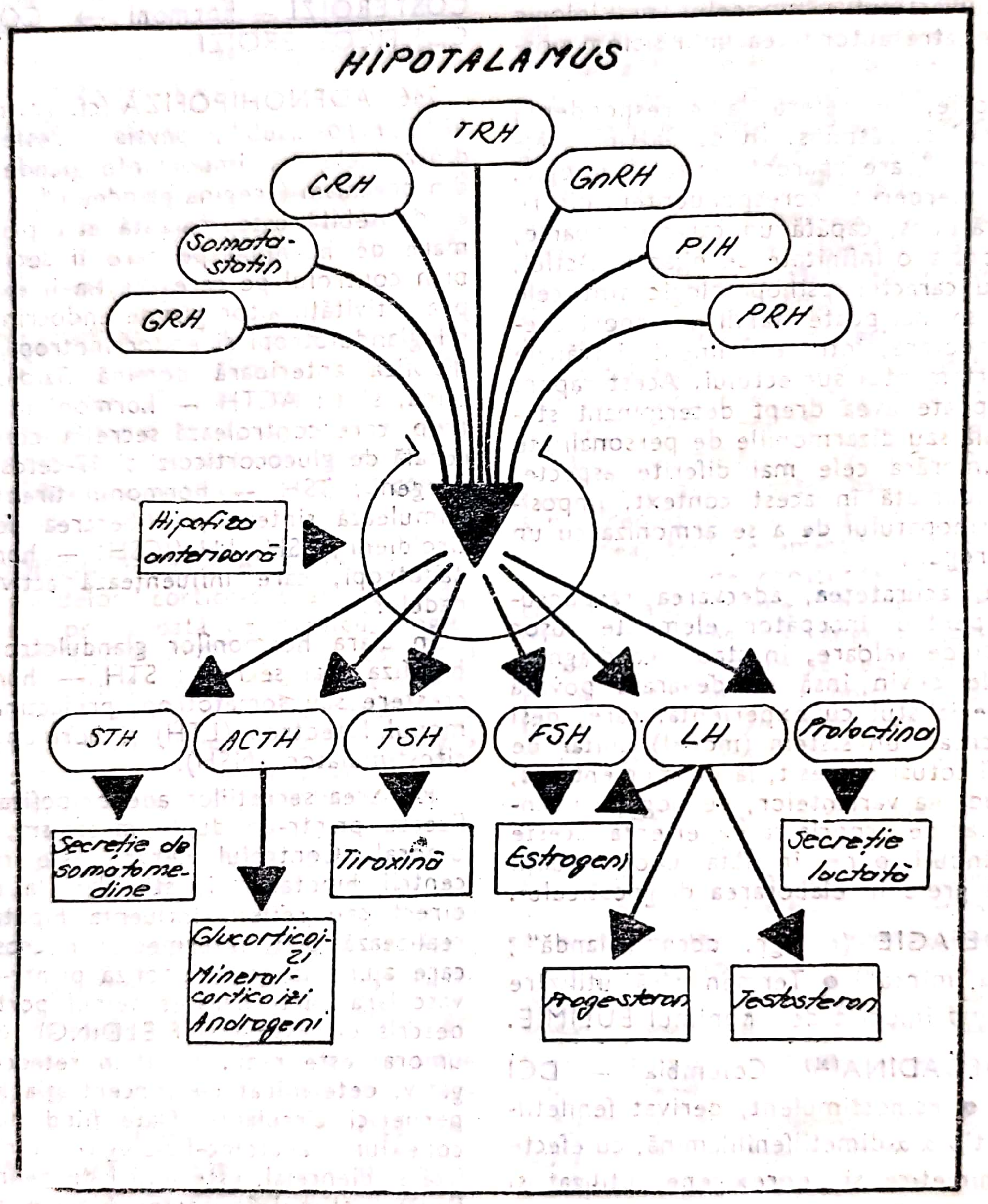
În afara hormonilor glandulotropi, adenohipofiza mai secretă: STH — hormonul de creștere sau somatotrop, prolactina sau hormonul luteotrop (LTH) și hormonul melanocitostimulator (MSH).

Reglarea secrețiilor adenohipofizare se realizează printr-un dublu mecanism, nervos și umoral. Controlul nervos este realizat de centrii hipotalamici, stimulați la rîndul lor direct sau reflex. Influența hipotalamică se realizează prin intermediul neurosecrețiilor, care ajung la adenohipofiză printr-o legătură vasculară particulară (sistemul port-hipofizar, descris de POPA și FIELDING). Mecanismul umoral este realizat cu un retrocontrol negativ, determinat de concentrația hormonilor periferici circulanți. Date fiind numeroasele conexiuni anatomo-fiziologice dintre hipofiză și diencefal, este dificil de delimitat rolul fiecărui stimul în parte. Ambele mecanisme au răsunet în patologia psihică, dar cele mai multe dintre tulburări apar, de fapt, într-un anumit context clinic neuroendocrin, acesta reprezentînd factorul etiologic determinant al afectării psihice.

Influențele hormonilor adenohipofizari asupra funcționalității sistemului nervos central au fost demonstrate experimental și clinic, în cursul afecțiunilor însoțite de hiper- sau hiposecreția hipofizară. Astfel, afecțiunile tumorale ale glandei pot determina apariția fe-

nomenelor de hipertensiune intracraniană, a sindroamelor hipotalamice, cefaleei, tulburărilor de vedere și a semnelor de iritație meningeală.

În ceea ce privește relația adenohipofizei cu viața psihică (după cum arăta C. I. PARHON, nici una dintre funcțiile psihice nu rămîne neinfluențată de hormoni), ea este confirmată pînă în prezent de o experiență clinică bogată, în care factorul endocrin trebuie căutat și interpretat în interacțiunea dintre hormoni și ceilalți factori. Astfel, modificările cantitative în secreția adenohipofizei capătă expresia psihopatologică :



Acțiunile hormonilor adenohipofizari și controlul hipotalamic al secreției hipofizare.

- în cazul hipofuncției (generatoare de triplă insuficiență tiroidiană, suprarenaliană și gonadică) apar : bradipsihie, scăderea nivelului timiei, hipodinamie ;
- în cazul hiperfuncției de STH se produce :
  - — acromegalie la adult, concomitent cu depresie reactivă la dismorfism, reacții paranoide, apatie, hipodinamie ;
  - — gigantism la copil, concomitent cu imaturitate psihoemoțională, astenie, tulburări de tip obsesional.

În legătură cu prolactina, există interesante cercetări experimentale (LEBLOND, NELSON), care au urmărit efectele hipofizectomiei asupra condiționării comportamentului matern. Astfel, la șoarecii de laborator acesta nu dispare, cum se intîmplă la alte specii, de exemplu la pisici (POSTELNICU), demonstrînd variabilitatea rolului pe care factorii hormonali îl joacă în determinismul instinctelor, respectiv al sentimentului matern.

247. ADENOZINFOSFAȚI ● Nucleotide care, prin structura lor chimică, sînt săruri ale acizilor adenozinfosforici, formate din adenină, pentoză și acid fosforic. Se cunosc : adenozinmonofosfații (AMP), adenozindifosfații (ADP) și adenozintrifosfații (ATP). Acești compuși, mai ales ATP, au un rol deosebit de important în procesele energetice celulare, reprezentînd o formă de depozit a energiei eliberate prin catabolizarea glucidelor, lipidelor și proteinelor. În ATP, energia este înmagazinată sub formă de legături chimice particulare, numite legături macroergice. Ruperea acestor legături, sub acțiunea unor enzime specifice, pune rapid la dispoziția celulei o cantitate mare de energie, care este utilizată sub formă de energie mecanică (contracție musculară), energie electrică (transmitere neuronală), energie calorică, energie necesară sintezelor celulare, dezvoltării și integrării structurilor celulare. Activitatea nervoasă, ca proces vital, presupune schimburi ionice la nivel membranal, care nu se pot desfășura în lipsa acumulatorului energetic — ATP. De asemenea, au fost formulate presupuneri privind efectul depresor al adenozinfosfaților în activitatea spontană și evocată a neuronilor cerebrali, în diverse teritorii — cortex, măduvă, trunchi cerebral, hipocamp, corpi striați (POPOVICIU). Acțiunea depresoare a adenozinei pare a sugera intervenția acesteia în determinismul stării de somn, ca și interferențe farmacologice cu unele substanțe antidepresive.

248. ADEPRESS(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic sin. ⟶ AMITRIPTILINA(M) România.

249. ADEPRESSINA(MC) Italia ● Produs terapeutic care conține trei produși farmaceutici tipizați, cu acțiune diferită, dar care se complementează :

● IMIPRAMINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;

● DEANOL GLUTAMAT(M) — psihostimulent, derivat feniletilaminic ;

● PIRIDOXINA(M) — vitamina B_6, trofic al celulei nervoase.

Are acțiune antidepresivă și psihostimulentă.

250. ADEPRIL(M) Italia ● Antidepresiv timoleptic sin. ⟶ AMITRIPTILINA(M) — România.

251. ADEPRIM(M) Belgia — DCI *Quinupramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-(3-quinuclidinil)-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă moderată, cu valențe anxiolitic-sedative. Nu se asociază cu IMAO.

252. ADEPSIQUE(MC) Mexic ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, a căror acțiune se complementează :

● AMITRIPTILINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;

● DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat dibenzodiazepinic ;

● PERFENAZINA(M) — neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresivă, sedativ-anxiolitică.

253. ADEVĂR (cf. lat. *ad-* ; *de-* ; *verum* „adevăr") ● În opoziție cu FALSUL, desemnează concordanța (corespondența) între cunoștință și realitate, între actele cognitive ale subiectului și obiectul cunoașterii. Ca atare, adevărul este o caracteristică a cunoștințelor ce reflectă în mod adecvat realitatea și nu este un atribut al realității referențiale. În dezvoltarea istorică a cunoașterii s-au conturat cîteva modalități privilegiate de definire a criteriilor de adevăr.

Cea mai veche (formulată în expresie clasică de către ARISTOTEL) este teoria adevărului înțeles ca deplină corespondență între judecăți și obiectele din realitate la care se referă. Acest criteriu a fost întotdeauna subînțeles sau acceptat în mod explicit în sfera cunoașterii empirice și în științele factuale (experimentale).

Reflecția epistemologică inspirată de științele formale (logica și matematica) adoptă

Scanned with OKEN Scanner

drept criteriu de adevăr propriu acestui domeniu specific de cunoaştere, coerenţa — caracterul necontradictoriu al judecăţilor formulabile şi demonstrabile într-un sistem axiomatic. Conform acestui punct de vedere, adevărul logico-matematic depinde exclusiv de rigoarea lăuntrică a raţionamentului, definindu-se ca „acord al gîndirii cu sine însăşi" (KANT).

Luînd drept ipostază privilegiată a cunoaşterii ştiinţele tehnice şi acţionale, pragmatismul (PIERCE, JAMES, DEWEY) concepe adevărul într-o manieră instrumentalistă sau operaţională, adoptînd criteriul reuşitei practice, care investeşte cu atributul adevăr cunoştinţele ce sugerează pe plan acţional strategii eficiente. Această pluralitate a criteriilor de adevăr angajează direct străvechea dispută filozofică privind caracterul absolut sau relativitatea adevărului. Concepţiile dogmatice susţin posibilitatea enunţării unor adevăruri definitive, sustrase oricărei problematizări, revizuiri critice sau contestaţii. În opoziţie radicală, se situează concepţiile sceptice şi cele agnostice, care — cu argumente şi accente diferenţiate — atestă relativitatea de neînlăturat a cunoaşterii, respingînd valabilitatea oricărei tentative de acces la adevăruri absolute.

Astfel înţeleasă, relativitatea cunoştinţelor nu exclude totuşi unele elemente de adevăr absolut, inerente oricărui adevăr relativ, datorită conţinutului obiectiv al cunoştinţelor. Din această perspectivă, materialismul dialectic exprimă pluralitatea criteriilor de verificare a adevărului, prin caracterul diferenţiat şi specific al cunoaşterii în cadrul marilor încrengături ale ştiinţei, insistînd totuşi asupra priorităţii epistemologice ce revine ideii adevăr-corespondenţă.

Problema adevărului îmbracă în psihiatrie aspecte dintre cele mai diferite, pornind de la considerarea bolii psihice ca o falsificare a realităţii, cu plasarea subiectului într-o lume neadevărată, ajungînd pînă la dichotomia irezolvabilă, după unii autori, confabulaţie-minciună.

Bolnavul halucinant işi va considera producţia senzorială adevărată, atribuindu-i capacitatea de a-i oferi informaţii despre lume. Deşi această ipostază este evident falsă, au existat autori şi păreri asupra inexistenţei halucinaţiilor ca fenomen patologic şi de acreditare a lor ca o altă modalitate de percepere a realului.

Mitomania, denaturare evidentă a traseului existenţial al individului, deşi în termeni absoluţi este complet diferită de adevăr, nu poate fi asimilată decît în plan general minciunii, datorită caracterului ei impulsiv, lipsit de un scop sesizabil (altul decît o eventuală punere în valoare a subiectului). Mitomanul funcţionează conform unui adevăr propriu, cameleonic şi circumstanţial, care însă diferă, în esenţă, de minciună.

Paranoicul işi creează şi el un adevăr propriu, sistematizat şi rezistent la proba realităţii, pe care fie nu o acceptă, fie o denaturează, remodelînd fiecare parametru prin interpretare. Aparent luptător pentru adevărul propriu, el va evita (ca şi mitomanul) situaţiile decisive, de confruntare, a sistemului său cu acela al celorlalţi, faţă de care oricum nutreşte un dispreţ mai mult sau mai puţin ascuns. El trăieşte într-o lume de postulate, al căror singur garant se erijează ca deţinător unic al adevărului.

254. ADEZIVITATE (cf. fr. *adhésivité*) ● Particularitate de comportament a bolnavilor epileptici (modul de manifestare a relaţiei lor cu anturajul, tenacitatea cu care caută să-şi impună punctul de vedere sau să-şi revendice anumite drepturi), asociată cu lentoarea şi viscozitatea lor cognitiv-afectivă. F. MINKOVSKA în 1923, care a studiat arborele genealogic al unei familii de epileptici pe şase generaţii, pornind de la un strămoş epileptic, condiţionează constituţia epileptoidă de caractere bipolare : stare de aglutinare, pe de o parte, şi explozivitate, crize convulsive, pe de altă parte. Autorii moderni consideră vechiul concept al personalităţii epileptice, un artefact datorat observaţiei reduse şi selective asupra unor cazuri de subiecţi instituţionalizaţi pe lungi termene, atribuind modificările de personalitate unor forme de hospitalism sau considerîndu-le aspecte ale psihosindromului organic cronic (GOLDSTEIN, LISHMANY). GUERRANT (1962) trece în revistă evoluţia conceptelor prin care au fost definite tulburările psihice din epilepsie, stabilind patru perioade : pînă în 1900 — conceptul deteriorării epileptice ; între 1900—1930 — conceptul personalităţii epileptice ; după 1930 — conceptul de normalitate ; iar după 1948 — conceptul particularităţilor psihomotorii, datorat perfecţionării şi elaborării studiilor electrofiziologice (EEG), în asociere cu manifestările clinice. GIBBS stabilea (1951) legătura dintre tablourile psihice şi epilepsia psihomotorie. Cu toate aceste puncte de vedere

diferite, anumite particularități ale manifestărilor psihice din epilepsie rămîn o realitate clinică, fiind datorate modului specific de integrare a subiectului în familie și societate, ca efect al activității bioelectrice anormale, al crizelor convulsive, precum și al medicației anticonvulsivante de lungă durată.

255. **ADIADOCOKINEZIE** (cf. gr. *a-* ; *diadochos* „succesiv" ; *kinesis* „mișcare") ● Imposibilitatea sau alterarea (diminuarea) capacității de a efectua mișcări alternative, succesive sau opuse într-un ritm normal (rapid). Este unul dintre elementele definitorii ale sindromului cerebelo-kinetic. De obicei, se pune în evidență în clinică, prin două probe clasice : proba marionetelor și cea a flexiei și a extensiei degetelor în pumn.

256. **ADIAFORIE** (cf. gr. *a-* ; *diaphora* „diferență, diversitate") ● Termen utilizat pentru a desemna apatia, indiferența, nepăsarea, pasivitatea, insensibilitatea, lipsa de interes. Întîlnită în depresii majore, reacții, schizofrenie, demențe ; poate apărea cu o intensitate moderată și în astenie, epuizare, dar și ca element de simulație.

257. **ADICȚIE** (cf. lat. *addictus* „înrobit" ; engl. *addict* „a se deda unui viciu") ● Dependența compulsivă la un drog, cu tendința creșterii progresive a dozelor, a cărei origine psihologică se află într-o structură dizarmonică a personalității. Dependența fizică la drogul respectiv este o consecință evolutivă obligatorie a dependenței adictive, de unde apariția sindromului de abstinență la întreruperea administrării acestuia → ALCOOLISM, DEPENDENȚĂ, TOXICOMANIE.

258. **ADICȚIE CICLICĂ**(S) sindrom ● Sindrom întîlnit mai frecvent la femei, constînd în apariția ciclică a unor episoade depresive, caracterizate prin idei depresive și consum în exces de băuturi alcoolice și alimente. Între accesele depresive, comportamentul este normal, uneori chiar ascetic. Explicația psihanalitică oferită de WULFF, care a descris acest sindrom, ar fi un conflict preoedipian, cu ură inconștientă împotriva mamei și, în general, împotriva feminității. Se întîlnește ca sindrom de intensitate nevrotică, dar apare și în cadrul schizofreniei.

259. **ADICȚIE POLICHIRURGICALĂ** ● Desemnează comportamentul unor subiecți care solicită, nemotivat obiectiv (și, din păcate, uneori reușesc să convingă), numeroase intervenții chirurgicale ; se întîlnește în dezvoltările hipocondriace de intensitate psihotică (→ PARANOIA SCHIPKOWENSKI) și în patologia de tip isteric (→ MÜNCHHAUSEN(S) — sindrom).

260. **ADIFUGE**(MC) Elveția ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- AMFETAMINA(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic ;
- ATROPINA(M) — parasimpaticolitic.

Are acțiune psihostimulentă, parasimpaticolitică.

261. **ADINAMIE** (cf. gr. *a-* ; *dynamia* „forță") ● Scădere accentuată a forței musculare, ce apare în perioada de stare sau convalescență a unor boli organice. Termenul se folosește de cele mai multe ori, în literatura psihiatrică, ca sinonim al ASTENIEI →, apărînd ca simptom în multe afecțiuni psihice și somatice.

262. **ADINAMIE EPISODICĂ EREDITARĂ** — sin. GAMSTROP-INGRID(B) boală $\xrightarrow{sin}$ PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ.

263. **ADIPAN**(M) Elveția — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE(DCI).

264. **ADIPEX**(M) S.U.A. ● Psihostimulent anorexigen $\xrightarrow{sin}$ ADEGADINA(M).

265. **ADIPO**(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

266. **ADIPOMIN**(M) Elveția — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică de tip N-etil-metil-m-(trifluoro-

metil) fenetilamină ; există pericolul dependenței.

267. ADIPOSETTEN(M) R.F.G. — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrine, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

268. ADIPOZĂ DUREROASĂ (cf. lat. *adeps* „grăsime"; fr. *adipose*) — sin. ANDERS(B) boală sin → DERCUM(B) boală.

269. ADIPOZO-GENITAL(S) **sindrom** — sin. BABINSKI-FRÖHLICH(S) sindrom ; HIPOFIZOTALAMIC(S) sindrom; LANGER(S) sindrom; LAUNOIS-CLERT(S) sindrom ● Disfuncție diencefalo-hipofizară, caracterizată clinic prin obezitate cu adipozitatea dispusă după o topografie ginoidă (realizînd la bărbați „habitus ginoid"), infantilism genital, polifagie, polidipsie. Hipogonadismul se manifestă prin regresiunea caracterelor sexuale secundare, amenoree, dispariția libidoului și impotență sexuală. În etiologie sînt incriminate tumori hipofizare și leziuni inflamatorii hipotalamice. Manifestările psihice care însoțesc sindromul sînt ; astenie, fatigabilitate, somnolență, dificultate în luarea deciziilor, scăderea inițiativei, indiferentism afectiv. Pot apărea stări depresive și schizofreniforme.

270. ADIPSIE (cf. gr. *a-* ; *dipsa* „sete") ● Lipsa senzației de sete. Poate fi întîlnită în depresii majore, stări confuzionale, demențe ; fenomenul necesită a fi cunoscut datorită dezechilibrului hidric pe care-l provoacă, care poate complica tabloul clinic.

271. ADIPYN(M) Elveția ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE(DCI).

272. ADISTOP C(MC) Elveția ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, care se complementează. Este compus din ;

● CATHINA(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic ;

● CAFEINA(M) — stimulent psihomotor. Are acțiune stimulent-psihomotorie.

273. ADJECTIVE— **În psihologie și psihopatologie** (cf. lat. *adjectivum* „care se adaugă") ● Definește o serie de atribute de ordin cantitativ și calitativ ale subiectului examinat. ALLPORT a încercat o ordonare a acestor calificative cu ajutorul analizei factoriale. Aceasta permite *„condensînd vocabularul"*, relevarea *„trăsăturilor de suprafață"* și a *„trăsăturilor de bază"* ale personalității.

Psihiatrul practică în semiologie, cît și în *„demersul diagnosticului"*, o adevărată psihopatologie de adjective, dar pentru necesitatea unui limbaj comun s-au adoptat clasificări care înlocuiesc atitudinea descriptivă. Axele și elementele definitorii, simptomele ce compun sindroamele, nu sînt decît adjective — termen ce poate ar trebui revizuit.

274. ADJUVANTĂ — **terapie** (cf. lat. *adjuvans* „care ajută") ● Termen utilizat în terapie, unde desemnează un medicament (secundar) care se asociază unui alt medicament (principal), pentru a-i crește eficacitatea, prin facilitarea absorbției, prin creșterea propriu-zisă a activității sau prin combaterea efectelor secundare. Prezența nedorită a efectelor secundare în timpul administrării unui medicament poate fi contracarată prin : reducerea dozei, întreruperea prescrierii medicamentului, înlocuirea acestuia sau administrarea unor medicamente adjuvante. Tranchilizantele minore (diazepam, clordiazepoxid) sînt folosite în schizofrenie pentru combaterea akatisiei și tasikineziei generate de administrarea neurolepticelor ; doze mici de ortotimizante triciclice (imipramină, amitriptilină) se indică și ele, alături de un NL sedativ, în sindroamele depresive și extrapiramidale, în stările de remisiune și defect apato-abulic din cursul evoluției schizofreniei ; psihotonele (metilfenidat, centrofenoxina) se administrează în schizofreniile al căror tablou clinic este dominat de apatie și apragmatism. Sînt cazuri în care clinicianul psihiatru trebuie să recurgă la folosirea unor adjuvante în sprijinul medicamentelor antiparkinsoniene, necesare înlăturării sindromului extrapiramidal consecutiv neurolepticelor. Astfel sînt indicate : antihistaminicele (romergan), barbituricele (ami-

talul sodic 3%. i.v./i.m., în crizele diskinetice acute), neuroleptice bazale (levomepromazin), psihoanalepticele și vitamina B_6.

275. **AD-NIL**(**) Italia — DCI *Levamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (—)α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică ; utilizat în combaterea efectelor secundare ale NL, ale anticonvulsivantelor și ale antidepresivelor ; prezintă riscul dependenței.

276. **ADLER ALFRED** (1870—1937) ● Neurolog și psihiatru austriac ; își începe studiile medicale în 1888, ca elev al lui KRAFFT-EBING și BENEDIKT, obținîndu-și diploma în 1895. Îi cunoaște pe FREUD, STEKEL, KAHANE și REITLER, cu care organizează un cerc de psihanaliză, devenit cunoscut sub numele de „reuniunile de miercuri din Berggasse".

În 1910 devine președintele Societății vieneze de psihanaliză, dar încă din 1908 începuseră să apară divergențe doctrinare, apogeul conflictului cu FREUD fiind marcat de apariția

Alfred Adler

lucrării „Protestul viril ca problemă centrală a nevrozei", în care se subliniază „sentimentul de inferioritate în detrimentul refulării" în mecanismul nevrozei și se reduce rolul „complexului oedipian" în favoarea unui dinamism psihic mai larg — conceptul revoltei virile. Ruptura deplină se produce în 1912, cînd ADLER înființează Societatea de psihanaliză liberă, avînd o concepție opusă psihanalizei sexuale freudiene — bazată pe noțiunile de caracter, complex de inferioritate, conflict între poziția individului și aspirațiile sale, „voința" de putere — prin care pune bazele psihologiei individuale. Conform concepției sale, sentimentul de inferioritate determină o dorință de superioritate reactivă și declanșează „protestul viril", lupta pentru supremație sexuală, socială, intelectuală etc. Rădăcinile gîndirii adleriene trebuie căutate în lucrările lui KANT, LEIBNITZ, NIETZSCHE și MARX ; de altfel, încă în primele sale opere, apare ideea de social și implicațiile sale asupra bolii mintale. În 1924 este profesor la Institutul pedagogic din Viena ; întreprinde numeroase turnee de conferințe în Europa și America, unde se stabilește în 1934. Este un autor prolific („Temperamentul nervos", 1912 ; „Cunoașterea omului", 1927, „Psihologia copilului dificil", 1928 ; „Sensul vieții" ș.a.) — lucrări în care a fost preocupat mai mult de rezultatul final al metodei terapeutice decît de cauza bolii în sine.

277. **ADMIRAȚIE** (cf. lat. *admiratio* „admirație") ● Atitudine puternic saturată afectiv, desemnînd sentimentul de încîntare (plăcere) și prețuire, conjugat cu stimă sau respect față de o persoană (pentru calitățile sau contribuțiile sale deosebite pe tărîm social, cultural, profesional etc.), față de un obiect (operă de artă, creație tehnico-științifică) sau față de un fenomen spiritual (ideologie, religie etc.). Raportată la sine (autoadmirația), în măsura în care nu se fondează pe o autoapreciere critică și axiologică (respectiv pe o comparație valorică cu ceilalți), admirația față de propria persoană trimite la narcisismul secundar (LAPLANCHE, PONTALIS). Exacerbarea coeficientului afectiv (pasional) din structura atitudinii descrise conduce la ADORAȚIE →.

278. **ADMISIBILITATE** (fr. *admissibilité*) ● Calitatea unei persoane sau a unui lucru de a fi admisibil, înțelegînd prin admisibil ceea ce poate fi admis, ceea ce poate fi considerat ca plauzibil.

În psihiatrie, admisibilitatea ideilor unui subiect este ușor de evaluat în cazul existenței, în tabloul psihopatologic, a unor idei delirante evidente ; evaluarea este însă mult mai dificilă atunci cînd ideile prezentate de subiect sînt corelate logic cu întregul context existențial sau cînd ideile nu pot fi confruntate cu realitatea, din cauza lipsei de informații din partea anturajului. În aceste situații, chiar,

și unele idei delirante pot apărea, în mod paradoxal, admisibile. O altă variantă este întîlnită în cazul paranoiei, în care, deși mare parte din ideile subiectului au un grad de admisibilitate crescut, sistemul de idei în ansamblul său este inadmisibil.

279. **ADOBIOL(M)** Japonia — DCI *Bufetolol* ● Psihotrop, derivat butilaminic de tip 1-(tert-butilamino)-3-/0-/(tetrahidrofurfuril)oxi/fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicina psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

280. **ADOLESCENȚĂ** (cf. lat. *adolescere* „a crește") ● Etapă de tranziție în dezvoltarea individului care a depășit puseul puberal, caracterizată prin transformări biologice și psihologice majore. Este perioada de trecere de la universul dependent infantil, la poziția de egalitate și independență a universului adultului ; o perioadă de intense transformări endocrino-fiziologice, de descoperire a Eului, de revoltă și de exaltare, de descoperire a sensului valorilor umane, de cristalizare a sentimentelor profunde etc. În evoluția sa furtunoasă și contradictorie, adolescența cunoaște variații individuale, în funcție de sex, condiții educaționale, socio-economice și geografice. După caracteristicile acestui „echilibru care se rupe", M. DEBESSE a încercat să întrevadă sensul viitoarei deveniri, separînd tipurile de adolescent în două categorii :

- rectilinii — subiecți cu personalitate puțin afirmată, conformiști, subordonați idealurilor celorlalți (avînd ca tip extrem — amorful) ;
- revoluționarii — subiecți care caută spargerea tiparelor, din rîndul cărora se vor recruta atît artiștii, exploratorii, descoperitorii, cît și ratații sau „revoltații eterni".

Aprige controverse s-au purtat asupra perioadei cronologice a adolescenței, îndeosebi asupra limitei superioare a acesteia — ridicată prin creșterea perioadei de educație și formare profesională : „omul este un animal cu pubertate întîrziată", aprecia GORI. Astfel, reperele de vîrstă variază după diferiți autori : 18 ani pentru AJURIAGUERRA, 21 ani pentru FEINSTEIN, mai mult de 25 de ani pentru GARONNE și vîrsta intrării individului în profesie, pentru ERIKSON. Limita inferioară este considerată pubertatea, caracterizată în principal prin creșterea somatică intensă și maturizarea sexuală. Majoritatea autorilor subdivizează adolescența în trei etape, care, în succesiune cronologică, sînt : preadolescența, adolescența propriu-zisă și adolescența prelungită.

- Preadolescența (11—14 ani) se caracterizează prin întrepătrunderea și oscilația între conduitele infantile și cele „mature". Familia și ambianța îl consideră pe adolescent cînd copil, cînd tînăr, ambiguitate care îi creează anxietate, irascibilitate, chiar ostilitate. În această etapă se conturează dorința sa de afirmare personală, crește nevoia de cunoaștere abstractă.
- Adolescența propriu-zisă (14—19 ani) este marcată de diversificarea și precizarea aptitudinilor particulare și a gîndirii abstracte, îmbogățirea cunoștințelor, socializarea aspirațiilor. Adolescentul își stabilește opțiunile profesionale, conturîndu-și concepția despre lume și viață, căpătînd drepturi și obligații civice prin majorat.
- Adolescența prelungită (19—25 ani) este caracterizată prin cîștigarea independenței într-o măsură mai mare de către tineri, care capătă un nou statut profesional și social, cu responsabilități crescute.

Evoluția psihologiei adolescentului este marcată de descoperirea Eului (care, uneori, poate conduce la narcisism) și de multiplicarea relațiilor interpersonale. Cîteodată, modul absolutist de a privi problemele îl duce la negarea conformismului, a tradiționalului, a autorității. El descoperă valorile estetice, morale și religioase, putîndu-se orienta spre misticism, sisteme filozofice la modă, ideologii diverse, pentru care sacrificiul vieții i se pare uneori justificat. Afectivitatea și instinctualitatea cunosc o perioadă de reactivare și nuanțare prin maturizarea sexuală. Pe planul mecanismelor psihologice ar exista, după FREUD, patru posibilități de apărare a Eului față de „pierderea obiectului", în speță de distanțarea de universul copilăriei :

- transferul libidoului asupra unor substituenți parentali (rude, profesori, vedete, lideri sociali) ;
- transferul sentimentelor încercate față de imaginea parentală în contrariul lor ;
- retragerea în sine prin respingerea investiției libidinale în obiect și orientarea sa narcisiacă ;
- regresiunea în tendința de restabilire a relației infantile.

Pentru psihiatru, adolescența reprezintă o piatră de încercare, care îi ridică o serie de probleme cu caracter deosebit. Fiind o peri-

cădă a minimei rezistenţe, terenul reprezentat de ea este ţinta unor atacuri dintre cele mai diverse, cu atît mai mult cu cît structurile biopsihologice ale subiectului, în plină organizare, sînt mai vulnerabile. Ca şi alţi autori, considerăm că adolescenţa nu este prin ea însăşi un factor de patogeneză, ci doar unul patoplastic, care nuanţează sindroamele psihopatologice obişnuite. Cu excepţia mult discutatei anorexii mintale, nu se poate vorbi despre o patologie specifică adolescenţei, entităţile psihiatrice fiind aceleaşi ca pentru adult. SOULÉ insistă asupra faptului că recrudescenţa unor manifestări psihice în adolescenţă nu este întîmplătoare atunci cînd ele s-au schiţat în copilărie. De asemenea, apariţia unor simptome patologice în adolescenţă, chiar dacă ele se şterg pe parcurs, reprezintă un semnal de alarmă pentru adultul de mîine. Studiile întreprinse au demonstrat că, deşi patologia acestei vîrste păstrează un caracter zgomotos şi dramatic, aceasta nu face decît să confirme că trăsăturile esenţiale ale psihopatologiei adolescenţei : dizarmonie, rupere în raport cu comportamentul anterior (WIDLOCHER) şi tumult (MAZET), constituie aspectele obişnuite ale oricărei situaţii de criză. Existenţa crizei „normale" de adolescenţă, criza juvenilă (HUYER) sau „criza de originalitate juvenilă" (DEBESSE) este banală în sine, în ciuda gravităţii manifestărilor ei exterioare, dar lucrurile se complică mult prin problematica complexă a stabilirii limitelor normal-patologic. Criza apare între 12—14 ani, la fete, şi 14—16 ani, la băieţi. Ea comportă trei etape succesive : perioada revoltei ; a închiderii în sine ; a exaltării şi afirmării.

Perioada revoltei se caracterizează prin refuzul subiectului de a se supune, de a se subordona oricărui ordin (chiar dacă în sine acceptă autoritatea), prin atitudinea pe care o afişează arătînd că este constrîns să procedeze aşa. Revolta cuprinde părinţii, familia, şcoala dar şi morala, politeţea — care i se par ridicole, încărcate de ipocrizie. Aderenţa adolescentului la mode extravagante nu face decît să arate „dezaprobarea şi revolta" faţă de ţinuta obişnuită, ca şi nevoia lui de identificare cu „altceva". După excentricităţile perioadei revoltei, adolescentul încearcă să-şi cunoască propriul personaj, căutînd să se autodescopere, analizîndu-şi sentimentele şi disecîndu-şi comportamentele. Închis în sine, autoanalizîndu-se, el îşi pîndeşte noile reacţii, căutînd să le interpreteze. Această criză meditativă este perioada în care se perfectează evoluţia psihologică a tînărului. Deseori, această fază poate fi însoţită de o timie negativă şi de o tendinţă permanentă spre izolare („ascetism"). În perioada de exaltare şi afirmare, inventarierea realizată în etapa anterioară îi oferă adolescentului o cuprinzătoare trecere în

Foto : Alfred Ko

revistă a posibilităţilor de care dispune, pe care le doreşte valorificate imediat. Este vîrsta la care adolescentul, folosind principiul „totul sau nimic", se entuziasmează, ia decizii pe care caută să le pună în aplicare cu toată forţa fiinţei sale dezlănţuite, caută în religie, ştiinţă sau politică, mijlocul de a-i face pe ceilalţi să beneficieze de devotamentul lui. Odată cu înaintarea în vîrstă, trăsăturile crizei se şterg, adolescentul îmbogăţindu-şi experienţa, criteriile de comparaţie şi evaluare, acţiunea şi realul înlocuind treptat visarea şi speculaţia intelectuală.

Studiul manifestărilor psihopatologice ale acestei vîrste se loveşte atît de extrema varietate a simptomatologiei, cît şi de oscilaţiile importante de intensitate, care implică riscuri evolutive şi adoptarea unei atitudini reticente sau espectative. Graniţa dintre normal şi patologic este, la adolescenţă, nesigură, o veritabilă „fata morgana", greu de fixat în etichete atotcuprinzătoare sau etaloane infailibile, datorită metamorfozărilor perpetue. În limita dintre normal şi patologic se înscriu oscilaţiile timice, reveriile, tendinţa la izolare şi introversie sau manifestările de revoltă, fugile, agresiunile. Pe o treaptă mai gravă, vizînd o structurare anormală a personalităţii, apar refugiul în droguri şi asocierile în colectivităţi de tip „hippy", dificultăţile legate de inserţia socială ducînd la delincvenţă. Ca şi la alte vîrste, la adolescenţă sînt posibile manifestări nevrotice : isterice, fobice, obsesionale, conversive (tulburări digestive, circulatorii), tulburări instinctuale (bulimie, enurezis, perversiuni). Adolescenţa poate fi momentul

debutului unor afecţiuni majore (psihotice), fără legătură directă cu fenomenele biologice specifice acesteia. Acum pot apărea la fete (legate de ciclurile menstruale) primele accese ale psihozei periodice. Bufeele delirante, destul de frecvente, pot fi accidente pasagere, altele (crize schizo-maniacale) prefigurează o posibilă schizofrenie. Adolescenţa, de altfel, este perioada de elecţie pentru debutul schizofreniei, motiv pentru care se impune o maximă circumspecţie faţă de tulburările psihice ale acestei vîrste.

281. **ADOPŢIUNE** (cf. lat. *adoptio* „adopţiune") ● Acţiunea de a înfia un copil, prin care o familie (de obicei) sau un singur individ adult îşi asumă întreaga responsabilitate privind creşterea şi educaţia lui. Adopţiunea implică o serie de probleme psihologice şi sociale ce pot constitui, în anumite împrejurări, un risc potenţial pentru apariţia de tulburări dezadaptative şi psihopatologice, atît pentru adoptat, cît şi pentru adoptant.

În acest sens, majoritatea autorilor apreciază că nu există dovezi suficiente pentru a considera copilul adoptat mai vulnerabil decît alţii (M. BLEULER, 1951). Totuşi, familiile adoptive posedă un potenţial psihogenetic special, determinat de diferite cauze: mulţi dintre părinţii adoptivi au fost involuntar privaţi de copilărie sau de căldura afectuoasă a unui sau ambilor părinţi (absenţi psihologic); prezenţa unei susceptibilităţi crescute faţă de fondul genetic, antecedentele patologice şi sociale ale adoptatului (de cele mai multe ori puţin cunoscut în cazul adopţiunilor extrafamiliale) îi face pe părinţii adoptivi să reacţioneze cu o permanentă anxietate în faţa perturbaţiilor comportamentale inerente diferitelor etape critice din dezvoltarea copilului, supradimensionîndu-le, manifestînd hipercriticism şi hiperexigenţă. Aceşti factori diminuă plasticitatea necesară adaptării la o situaţie nouă şi împiedică instaurarea unei atmosfere intrafamiliale de căldură afectivă şi serenitate, necesară unei intimităţi autentice, cît mai asemănătoare celei existente între un copil şi părinţii naturali. Diferenţele de vîrstă dintre copil şi părinţii adoptivi, de multe ori mari, nu fac decît să augmenteze aceste impedimente de comuniune psihologică. Situaţia se poate agrava şi datorită căutării de către părinţi, în copilul adoptat, a unei imagini prestabilite şi idealizate, favorizată eventual de aşteptarea îndelungată a copilului natural sau de nostalgia pierderii prin moarte a acestuia. În acest din urmă caz, adoptanţii caută în adoptat o compensare afectivă, puţin scuzabilă, avînd în vedere potenţialul ei nociv pentru dezvoltarea psihologică normală a copilului. În cazul adopţiunilor care se fac la vîrsta primei copilării, părinţii adoptivi pot supraaprecia importanţa pe care ar avea-o pentru copil dezvăluirea statutului său de adoptat, anticipînd retragerea investiţiei afective a acestuia. Acest fapt imprimă atitudinilor faţă de copil o notă particulară, eventual de culpabilizare şi de hiperprotecţie compensatorie, precum şi o amînare nejustificată a „momentului adevărului". HEUYER şi ALLIEZ au semnalat reacţii impresionante, cu atît mai grave, cu cît acest moment se produce mai tîrziu, care îmbracă forme de opoziţionism, tulburări comportamentale, depresie şi chiar tentative autolitice. Apar resentimente faţă de colegii, prietenii crescuţi de părinţi biologici, sau o criză de identitate profundă, datorată conştientizării necunoaşterii propriilor genitori. De aceea, se preconizează ca dezvăluirea adevăratei origini a adoptatului să se facă în jurul vîrstei de 4—5 ani, subliniindu-i-se faptul că el a fost ales, că noii părinţi, şi în special mama, au un rol protector; se poate astfel „deturna" calitatea de adoptat spre sensul ei real, uman, oferindu-i — cum spune LAUNAY (1963) — una din „principalele şanse de reuşită în încrederea şi sentimentul de securitate resimţite de toţi membrii familiei".

S-a observat că adaptarea este mai bună, cu cît vîrsta la care este adoptat copilul este mai mică; se apreciază că vîrsta optimă este pînă la trei ani. Pe de altă parte, procentul eşecurilor în cazul adopţiunii de către celibatari este de 3—5 ori mai mare decît în cazul familiilor echilibrate. Oricum trebuie reţinut că adopţiunea nu pune pecetea unei vulnerabilităţi speciale pe minorul adoptat; mai degrabă se pare că există o tendinţă a psihiatrilor de a supraaprecia potenţialul dezadaptativ al acestui act (PRINGLE, 1961).

Un studiu recent (WITMER ş.a., 1977), de urmărire pe termen lung a 500 de copii adoptaţi din Florida, confirmă buna compensare a „stressului de adopţiune" (chiar în cazul adopţiunii lor tardive) în cazul unei atmosfere familiale calde, fapt confirmat şi de un studiu similar britanic.

Adopţiunea a fost utilizată în cercetarea factorului genetic în schizofrenie, în cadrul cunoscutelor studii pe gemeni danezi adoptaţi (KETY, ROSENFELD, WINTHER, 1968; RIEDER, ROSENTHAL ş.a., 1975). Chiar dacă aceste studii au fost criticate pentru unele insuficienţe metodologice, aportul lor în demonstrarea implicării, într-o mai mică sau

mai mare măsură, a factorului genetic în schizofrenie, rămîne de necontestat.

Alte cercetări de adopțiune pledează pentru ipoteza genetică în alcoolism.

Adopțiunea constituie o instituție valoroasă, aptă să suplinească carența afectivă și educațională a copiilor neocrotiți ; atunci cînd se produce în prima copilărie, constituie o soluție mai bună chiar atît alternativa ei, creșterea copilului în afara unui climat familial și întrevederea periodică cu unul sau ambii părinți biologici.

În ceea ce privește riscul unei încărcături patologice a adoptatului, acesta poate fi eliminat printr-o examinare medicală și psihologică prealabilă. → ÎNFIERE.

282. ADORAȚIE (cf. lat. *adorare* „a implora, a adora") ● Sentiment de dragoste și/sau prietenie pe care un subiect îl dezvoltă față de o ființă sau un obiect, imaginar sau real, implicînd o scădere a criticii față de acesta.

Unilateral dezvoltată în delirurile mistice și religioase, adorația poate lua în aceste cazuri aspectele cele mai bizare, amintind uneori de etapele dezvoltării sentimentului religios la populațiile primitive. Mai poate fi întîlnită ca o trăire patologică în cadrul episoadelor maniacale (în care lipsa de profunzime a sentimentelor este combinată cu sau generată de absența criticii), în oligofrenii, ca și în delirurile erotice (evident, în primele faze ale acestora).

283. ADORMIRE (cf. lat. *addormire* „a adormi") ● Perioada de trecere de la starea de veghe la starea de somn, caracterizată printr-o serie de fenomene care se desfășoară pe fundalul modificărilor tonusului neurovegetativ.

În această perioadă, somnul este superificial și poate fi însoțit de contracții musculare bruște, generalizate sau mai rar localizate, variații ale tonusului muscular, mișcări ale globilor oculari de tip REM (rapid eye mouvement), „halucinații" hipnagogice (vizuale — figuri geometrice colorate, fosfene ; auditive — sunetul telefonului, bătăi în ușă sau în geam ; tactile — curenți electrici ; kinestezice — senzația de cădere în gol), mentism și onirism.

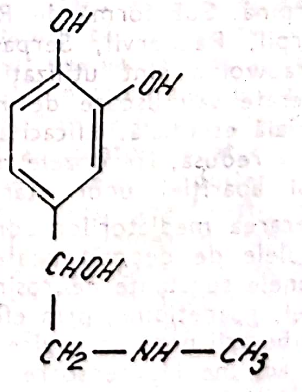
Poate fi întîlnită uneori și anxietatea hipnagogică, făcînd imposibilă adormirea. Insomnia de adormire se poate intîlni in situații variate, dar în mod clasic, se admite că ar fi o caracteristică a bolii nevrotice.

284. ADPHEN[M] S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

285. ADRENALINĂ (cf. lat. *ad* „la" ; *ren* „rinichi") — sin. EPINEFRINĂ ; SUPRARENINĂ ● Hormon al glandei medulo-suprarenale, la nivelul căreia se eliberează în amestec cu noradrenalina, proporția fiind de 80% adrenalină și 20% noradrenalină. A fost, de asemenea, identificată în terminațiile nervoase simpatice postganglionare, aici fiind însă numai în proporție de 20%. Face parte — din punct de vedere chimic — dintre compușii fenolici dehidroxilați, denumiți catecolamine.

Acțiunile adrenalinei se realizează prin intermediul receptorilor α și β, afinitatea mai mare a adrenalinei exercitîndu-se asupra receptorilor β_1, α_1 și α_2.

Efectele adrenalinei sînt similare cu cele produse de sistemul nervos simpatic : dilatare pupilară, favorizarea acomodării, stimularea secreției salivare, tahicardie și coronaro-dilatație, inhibarea peristaltismului intestinal, vasodilatație renală, ejaculare, orgasm, stimularea secreției catecolaminelor medulosuprarenaliene. În doze terapeutice, adrenalina stimulează moderat sistemul nervos central, producînd însă și anxietate, cefalee, insomnii, irascibilitate, tremor, prin acțiune directă asupra formațiunii reticulate. Utilizarea clinică a adrenalinei se bazează pe efectele sale



farmacologice, substanța fiind indicată în tratamentul reacțiilor alergice, datorită efectelor sale antihistaminice. Constituie tratamentul de elecție în șocul anafilactic, în tratamentul urticariei, al edemului angioneurotic și al bolii serului. Este, de asemenea, utilă în diferite afecțiuni caracterizate prin bronho-con-

Scanned with OKEN Scanner

stricție (astm bronșic, bronhopatii cronice obstructive etc.), în stimularea cordului oprit, ca agent hemostatic.

286. ADRENARHĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PUBARHA.

287. ADRENOLITICE (cf. lat. *ad* ; *ren* ; gr. *lysis* „dizolvare") ● Termenul se referă la antagoniștii sau inhibitorii efectelor adrenalinei. Efectele medicației adrenergice se realizează în etape succesive, la nivelul fiecărei etape existînd posibilitatea unei interferențe farmacologice. Pînă în prezent au fost indicate următoarele modalități de interferențe farmacologice (POPOVICIU):

- Intervenția farmacologică la nivelul sintezei adrenergice. Un exemplu de utilizare clinică este substanța numită alfa-metil-dopa, care se interpune în procesul de sinteză, determinînd formarea alfa-metil-noradrenalinei, un fals neuromediator. Consecințele clinice rezultă din inhibarea simpatică la nivel central, acțiune utilizată în scop antihipertensiv, hipertensiunea arterială, în formele ei severe, fiind indicația majoră a alfa-metil-dopa (Aldomet, Dopegyt).
- Stocarea neuromediatorilor adrenergici în granule de depozit din terminațiile adrenergice poate fi afectată prin depleție ireversibilă de către substanțe aparținînd grupei alcaloizilor de rauwolfia. Această acțiune farmacologică se exercită și la nivel central, ceea ce explică efectele sedative, anxiolitice și antipsihotice de tip neuroleptic, pe care le realizează mai ales dozele mari de rezerpină. Sub formă de Reserpin, Hiposerpil, Raunervil, Serpasil, derivații de rauwolfia sînt utilizați în formele moderate sau ușoare de hipertensiune arterială esențială. Eficacitatea lor este relativ redusă, iar dozele mari prezintă riscul apariției unor stări depresive.
- Eliberarea mediatorilor adrenergici din granulele de depozit poate fi inhibată de unele substanțe neurosimpaticolitice. Astfel, guanetidina, prin efectul blocant al eliberării noradrenergice, are o puternică acțiune hipotensoare, predominant ortostatică, ceea ce o contraindică în formele avansate de arterioscleroză cerebrală, în accidentele cerebro-vasculare sau coronariene. Pargilina, înrudită structural cu amfetamina, are, de asemenea, un efect blocant asupra eliberării de noradrenalină din granulele de depozit, dar are și o acțiune inhibitorie asupra monoaminooxidazei, una dintre enzimele care catabolizează noradrenalina. Consecința acestei ultime acțiuni este acumularea neuromediatorului în terminațiile adrenergice, motiv pentru care pargilina este utilizată în terapia stărilor depresive.
- O altă modalitate de interferență farmacologică o constituie blocarea receptorilor adrenergici cu ajutorul alfa- și betablocantelor, acestea din urmă avînd o indicație terapeutică de elecție în sindroamele nevrotice cu componentă anxioasă.

288. ADRENOMIMETICE (cf. lat. *ad* ; *reno* ; gr. *mimetikos* „imitativ") ● Substanțe cu acțiune similară catecolaminelor, exercitată direct (prin stimularea receptorilor adrenergici) sau indirect (prin eliberarea de noradrenalină din terminațiile simpatice). Efectele adrenomimeticelor cu acțiune directă se realizează prin intermediul alfa- și betareceptorilor localizați postsinaptic.

Fenilefrina și metoxamina acționează aproape exclusiv pe alfareceptori, iar terbutalina și milidrinul sînt aproape în exclusivitate agoniști de betareceptori. Utilizarea clinică are la bază efectul vasoconstrictor al acestor substanțe. Ele sînt utilizate în hipotensiunea arterială, în aplicații locale pe mucoase în scop decongestiv, în terapia astmului bronșic sau a altor forme de bronhospasm. Adrenomimeticele cu acțiune indirectă se folosesc, de asemenea, ca vasoconstrictoare și bronhodilatatoare, dar mai ales pentru acțiunea lor stimulatoare asupra sistemului nervos central. Astfel, efedrina este utilizată mai ales în corectarea hipotensiunii arteriale și ca decongestionant local, în timp ce amfetamina și metamfetamina au o predominantă acțiune stimulatoare a sistemului nervos central, fapt care constituie motivația utilizării lor ca agent terapeutic sau, uneori, ca drog.

289. ADRESABILITATE (cf. fr. *adresser* ; vezi lat. *ad-* ; *directus* „drept") ● Termenul definește gradul de solicitare a unităților sanitare de către populația arondată dintr-un teritoriu sau dintr-o instituție, întreprindere ; se mai poate defini și prin modul în care populația valorifică condițiile de accesibilitate create → ACCESIBILITATE.

Adresabilitatea nu este — așa cum am fi tentați să credem la prima vedere — dependentă numai de starea de sănătate sau boală a subiectului, ci depinde de factori numeroși care, într-o enumerare sintetică, sînt:

- morbiditatea populației, atît sub aspectul INCIDENȚEI, cît și sub cel al PREVALENȚEI → ;

- nivelul de instruire și educativ-sanitar, important, mai ales în stadiile incipiente ale bolii și în urmarea corectă a tratamentelor de lungă durată, în cazul bolilor cronice ;
- gratuitatea actului medical sau, mai bine zis, costul său ; în cazul în care costul este ridicat sau, în raport cu el, resursele subiectului sînt scăzute ori epuizate, acesta devine o barieră (cu astfel de situații se confruntă mai multe țări, în care asistența medicală nu este gratuită) ; în cazul gratuității, acest aspect poate genera abuzuri ;
- dotarea unităților sanitare și gradul de diversificare a prestațiilor : cu cît ele vor fi mai bine dotate și diversificate, cu atît numărul solicitărilor va fi mai ridicat ;
- nivelul de pregătire și comportare ale personalului sanitar ;
- numărul și amploarea unităților sanitare ;
- măsurile organizatorice existente : program, restricții, facilități ;
- beneficiul secundar al subiectului, care poate decurge din starea sa de boală sau din ușurința cu care poate obține unele avantaje.

290. ADRIZINE[M] S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari poate duce la dependență.

291. ADSON-COFFEY[S] *sindrom* — sin. SCALEN[S] sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAFFZIGER[S] sindrom.

292. ADT[M] Portugalia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA[M] România.

293. ADUALISM (cf. lat. *a-* ; *dualis* „de doi") ● Termen introdus în psihologie de BALDWIN și PIAGET, în scopul de a defini stadiul primitiv al ontogenezei, de nediferențiere psihică, ce poate îmbrăca trei forme : nediferențierea între intern și extern, între obiectiv și subiectiv și între material și spiritual. PIAGET se pare că s-a inspirat din concepția filozofică ce postulează fundamentarea existenței pe două principii divergente (bine-rău, organic-psihic, obiectiv-subiectiv, material-spiritual etc.).

Adualismul presupune imposibilitatea/incapacitatea de diferențiere între două categorii de aspecte : acelea care țin de subiect și acelea care țin de obiect (exterioare subiectului). Adualismul trimite la o lipsă de granițe (de bariere) între lumea interioară și lumea exterioară. Pentru SZONDI, Eul în stadiul de adualism este un Eu contemplativ, mitic și mistic, în care predomină proiecția totală, ceea ce, practic, înseamnă o lipsă a Eului. Există, în acest stadiu, o comuniune strînsă a subiectului cu obiectul, a copilului cu mama, deci, în cadrul relației interpersonale o lipsă a distincției (dualității) Eu-Tu. Este stadiul primar al dezvoltării Eului. Se întîlnește în cazurile de întîrziere mintală, de oprire în dezvoltare, precum și la anumiți bolnavi psihici (cel mai frecvent la psihotici), la care procesul psihotic este însoțit de un proces de regresiune severă.

294. ADULTER (cf. lat. *adulterium* „adulter") ● Fapta unui membru al cuplului legal constituit (prin căsătorie) de a avea relații sexuale în afara căsătoriei. Este una dintre cauzele importante ale conjugopatiilor, generînd „conjugalitate nevrotică, ură, gelozie morbidă" (SCRIPCARU, TERBANCEA). De asemenea, după unii autori, adulterul poate sta la baza crimelor pasionale. Profilul psihologic al persoanelor adultere este cel mai adesea marcat de un egosim accentuat, de lipsa unui sistem de valori coerent, de o supravalorizare individuală și de dispreț nu numai față de partenerul conjugal, ci și față de ceilalți membri ai comunității sau de normele morale și sociale obișnuite. Lipsa unei maturități a personalității este complex exemplificată și de faptul că, de multe ori, astfel de persoane simt nevoia de încurajare și de *„sfaturi prietenești"* în schimbul cărora oferă *„înțelegere mutuală"* și *„explicații credibile"* față de microgrupul acceptator. Imaturitatea afectivă îi împinge pe partenerii adulteri la complicarea relațiilor interumane firești, prin refuzul de a renunța la imaginea (de fapt pseudoimagine) narcisiacă pe care și-o autoconstruiesc și prin incapacitatea de a ieși din cuplul ilegal, în care cel mai adesea partenerul sau partenera îi speculează și îi cultivă trăsăturile megalomanice sau isterice. Complicațiile psihopatologice ale adulterului pot fi semnalate la oricare dintre partenerii cuplului conjugal : depresii, toxicomanii, chiar suicid și omucidere. Societatea nu rămîne indiferentă la asemenea fapte și dintotdeauna le-a pedepsit sub o formă sau alta (citeodată și foarte crud) ; în prezent, din punct de vedere juridic, reprezintă o infracțiune (art. 304 din C.P.).

295. ADULTOMORFISM (cf. lat. *adultus* ; gr. *morphē* „formă") ● Mod de interpretare a comportamentului copiilor prin raportare la comportamentul adulţilor.

296. ADULTURISM ● Concept prin care J. SUNÉS doreşte să evidenţieze tendinţa imitativă a copiilor faţă de comportamentul adulţilor. Reprezintă, în absenţa unui model propriu, conduita de căutare a unui model dezirabil, evident primul model fiind cel parental.

297. ADUMBRAN(M) Austria, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, R.F.G., Spania, Turcia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant — derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM(M) România.

298. ADVERSITATE (cf. lat. adversus „întors către, contrar" şi adversum „adversitate, nenorocire") ● Stare afectivă constînd în ostilitate faţă de un obiect sau persoană, stare ce generează relaţii tensionate sau conflictuale cu respectivul obiect sau persoană ; această ostilitate poate avea la bază motive, scopuri, atitudini opuse, contradictorii. Adversitatea poate merge de la antipatie la ură şi poate determina descărcări emoţionale pînă la agresiuni. Este bine cunoscută adversitatea, generată de boala psihică a bolnavului faţă de medic şi de metodele terapeutice necesare. Această adversitate poate fi însoţită de crize de agitaţie şi comportament auto- sau hetero-mutilante şi se poate întîlni în psihozele schizofrenice, manie coleroasă, delirium tremens etc. În sens general adversitatea mai semnifică nenorocire, nefericire (este sensul în care adversitatea se atribuie destinului).

299. ADVERSIVE *crize* ● Manifestări neurologice survenite în cazul sindromului de lob frontal, mai precis în leziunea cîmpului 8, exprimate prin devierea globilor oculari şi a capului de partea opusă leziunii (în cazul unui deficit motor) sau de aceeaşi parte cu leziunea (în procesele de tip iritativ). Pot constitui, ca şi crizele jackosniene, faza premergătoare declanşării unei crize epileptice grand mal.

300. AEROACROFOBIE(F) (cf. gr. *aēr* „aer" ; *akros* „vîrf" ; *phobos* „frică") ● Sumarea a două fobii : cea pentru locuri înalte/înălţime — ACROFOBIE(F) şi cea pentru zbor — AEROFOBIE(F). Termenul nu este des utilizat ⟶ ACROFOBIE(F) şi AEROFOBIE(F). Este necesar a nu se confunda cu *„răul de înălţime"*, care survine la orice înălţime, nu implică zborul şi este însoţit de un întreg cortegiu neurovegetativ, absent în AEROACROFOBIE(F).

301. AEROFAGIE (cf. gr. *aēr* ; *phagein* „a mînca") ● Actul reflex, cu caracter patologic, prin care, odată cu alimentele, se înghite o cantitate de aer mai mare decît cea introdusă în stomac în timpul deglutiţiei normale. Conduce la aerogastrie ; se întîlneşte în bolile însoţite de hipersalivaţie (stomatite, gingivite, rinofaringite, gastroduodenite, colecistopatii), la fumători, la cei care folosesc guma de mestecat şi în cazul indivizilor care mănîncă precipitat. În psihopatologie se întîlneşte în dizarmonia de personalitate de tip isteric, oligofrenii, demenţe.

302. AEROFOBIE(F) (cf. gr. *aēr* ; *phobos* „frică") ● Termen, introdus în 1922, în epoca de trecere de la zborul, considerat eveniment de excepţie, la zborul, considerat fapt cotidian. În mod firesc, ar trebui să semnifice frica de zbor, dar unii autori au încercat să-l folosească pentru a desemna frica faţă de mişcarea maselor de aer ; alţi autori îl consideră sinonim cu ACROFOBIA(F) şi cu AEROACROFOBIA(F), iar alţii au încercat să-l lege de frica faţă de propriile mirosuri corporale. Această diversitate de sensuri a avut darul, ca de obicei, nu să consolideze termenul, ci să-l discrediteze ; azi este puţin utilizat, încorporat în parte în alţi termeni mai specifici ⟶ AEROACROFOBIE(F), AERONEVROZA.

303. AEROGASTRIE (cf. gr. *aēr* ; *gaster* „stomac") ● Complex simptomatic constînd în jenă epigastrică, balonare, eructaţii — apărute ca urmare a distensiei stomacului prin gaze (radiologic se evidenţiază mărirea pungii de aer a stomacului). Se întîlneşte în stenoză pilorică şi aerofagie. În psihiatrie, în cadrul alotriofagiilor, autorii francezi descriu aerofagia, ingestia de aer, semnalată în întîrzierea mintală gravă, la demenţi, precum şi la unele femei la care, în viziunea psihanalizei, ar putea fi vorba de o satisfacere a dorinei inconştiente de a fi însărcinate.

304. AERONEVROZĂ (cf. gr. *aēr* ; fr. *névrosé*) ● Totalitatea tulburărilor psihogene apărute drept consecinţă a efectuării de zboruri aeriene într-o perioadă cînd transportul aerian era la început de drum. Aeronevroza a apărut ca o *„prezentare de argumente"*, care să evidenţieze caracterul de aventură al zborului. A fost descrisă de DELUCCHIO în 1950. Cu timpul, interesul pentru asemenea tulburări scade, prin reducerea frecvenţei lor, termenul avînd o utilizare din ce în ce mai restrînsă. Capătă o nouă utilizare, în acelaşi sens, pentru personalul navigant, la care

asemenea tulburări sînt prezente, uneori, chiar în condiţii de antrenament şi instrucţie specială de zbor.

305. **AESCULAPIUS** (în grafia curentă ESCULAP — zeul roman al medicinii) ● Conform legendei, fiul lui Apollo şi al nimfei Coronis, preluat, de romani, cu toate atributele sale, din mitologia greacă (Asklepios). Se pare că metodele sale terapeutice erau mai ales de tip psihoterapic → ASKLEPIOS.

306. **AFAGOPRAXIE** (cf. gr. *a-*; *phagein* „a mînca" ; *praxis* „acţiune, practică") — sin. APRACTOFAGIE ● Incapacitate de a efectua în mod voluntar actul deglutiţiei, în absenţa unei afectări motorii elementare sau senzitivo-senzoriale.

Această apraxie a deglutiţiei se poate asocia altor apraxii şi este consecinţa unor leziuni la nivel cortical. Centrul bulbar al deglutiţiei se menţine indemn, fapt ce permite efectuarea acesteia în mod involuntar, reflex.

307. **AFALGEZIE** (cf. gr. *haphe* „atingere, contact" ; *algos* „durere") ● Termen întîlnit în lucrările de psihiatrie clinică preclasică franceză, în prima jumătate a secolului al XIX-lea, astăzi aproape abandonat datorită frecvenţei extrem de rare a manifestărilor clinice circumscrise prin el. Definea durerea resimţită de unii subiecţi în acele zone corporale care veneau în contact direct cu metale (aramă, aur, argint) sau cu suc de lămîie, piersici. Durerea apărea atunci cînd subiectul nu vedea elementele care îi atingeau tegumentele.

308. **AFANISIE** (cf. gr. *aphanisis* „suprimare, dispariţie") ● PREDESCU şi ALEXANDRESCU (1983) traduc prin acest termen o stare psihică mai puţin structurată decît depresia postneuroleptică, dar asemănătoare cu aceasta şi apropiată ca aspect clinic de autism. A fost descrisă de GLASHAN (1982) după curele neuroleptice la schizofreni, alături de akinezia extrapiramidală ; constă în absenţa unei trăiri afective, cu imobilitate, privire în gol, uneori chiar absenţa clipitului, fără modificări de conţinut ale gîndirii. Apare rar în fazele acute ale bolii şi mai frecvent în cele postacute sau în formele cronicizate, fiind uneori întreruptă de episoade psihotice productive. Ar constitui un semn de prognostic prost.

JONES, prin afanisie, a încercat să denumească dispariţia sau scăderea marcată a apetitului sexual.

309. **AFATIN**(M) Spania — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

310. **AFAZIE** (cf. gr. *a-*; *phasis* „cuvînt, vorbă") ● Termen introdus în semiologia neuropsihiatrică în prima jumătate a secolului al XIX-lea, pentru a desemna tulburarea activităţii nervoase superioare, constînd în imposibilitatea (sau scăderea importantă a posibilităţii) de actualizare a experienţei anterioare în înţelegerea şi utilizarea semnificaţiei codului verbal sau scris, cu implicaţii, în timp, asupra gîndirii conceptuale. Această tulburare nu este condiţionată de tulburări motorii senzitivo-senzoriale primare, optice sau acustice, fiind consecinţa unor leziuni corticale, în special ale centrului vorbirii. Comportă asocierea, în grade diferite, a unor elemente apraxo-agnozice. Concomitent sau ca urmare a tulburărilor de limbaj, este afectată activitatea intelectuală, mai ales gîndirea abstractă şi sintetică. Termenul de afazie se impune în urma unor controverse manifestate în secolul trecut, între BROCA (el introduce termenul de afemie, pentru a denumi pierderea totală a comunicării verbale) şi TROUSSEAU (care, în 1865, introduce termenul de afazie, consacrat şi de lucrările lui CHARCOT).

LICHTHEIM şi WERNICKE disting afazia motorie şi senzorială şi afazia de conducere. DEJÉRINE consideră că afaziile adevărate sînt cele apărute ca urmare a leziunilor cortexului perisilvian, leziuni ce produc o alterare atît a exprimării verbale, cît şi a limbajului interior şi extrinsec ; în cazul în care leziunile nu ating centrul limbajului, este alterată numai comunicarea verbală nu şi limbajul interior (surditate verbală pură, cecitate verbală, afazie motorie subcorticală pură).

În 1906, Pierre MARIE afirmă existenţa unei singure forme de afazie, generată de lezarea cortexului din jurul extremităţii posterioare a scizurii silviene (aşa-numita regiune Wernicke). PICK şi HEAD, deosebind două modalităţi de utilizare a limbajului — limbajul automat (emoţional) şi limbajul intelectual —, consideră că, în afazie, este afectat numai cel de al doilea. HEAD, care a analizat semiologic afazia, în 1926, este creatorul testelor de diagnosticare a ei. MONAKOV, GOLDSTEIN, von WOERKOM, au subliniat importanţa schemelor temporo-spaţiale pentru organizarea

gîndirii și limbajului. Astfel, teoria noetică susține că afazia ar fi consecința alterării globale a gîndirii. Alți autori consideră că afectarea gîndirii este secundară alterării instrumentului lingvistic.

Clasic, se descriu patru forme de afazie :

- *afazia motorie*, de expresie, în care este păstrată capacitatea de înțelegere a cuvîntului, de citire mintală, limbajul interior nefiind afectat, iar scrisul posibil. Există numai o imposibilitate a exprimării care, dat fiind faptul că gîndirea și percepția sînt normale, antrenează o stare de revoltă exprimată mimic și motor;
- *afazia senzorială*, de recepție (WERNICKE), caracterizată prin tulburări în elaborarea limbajului, în identificarea și înțelegerea simbolurilor verbale și scrise (surditatea și cecitatea verbală). Limbajul interior este afectat, subiectul nu înțelege limbajul vorbit și nici pe cel scris, dar rareori este mut, prezentînd o logoree incomprehensibilă, datorată jargonofaziei (parafaziei, stereotipiilor). În aceste condiții, activitatea intelectuală este profund alterată, subiectul nemaifiind capabil nici să urmărească, nici să susțină o conversație;
- *afazia mixtă* (BROCA), forma cea mai frecventă, constă în afazie senzorială moderată, la care se adaugă afazia motorie;
- *afazia totală* (BROCA) se realizează prin combinarea integrală a unei afazii senzoriale severe cu afazia motorie.

În afara acestor patru forme clasice, au mai fost descrise : afazia optică senzorială (FREUD, 1904), constînd în imposibilitatea desemnării obiectelor în ciuda integrității controlului vizual; afazia cromatică (afazia pentru culori), constînd în desemnarea improprie și discriminarea eronată a culorilor (M. GESCHWIND o încadrează în sindromul de deconcentrare) etc.

Din punct de vedere etiologic, orice proces care afectează cortexul cerebral poate fi răspunzător de realizarea uneia dintre afazii. Unul din principalii agenți etiopatogeni sînt afecțiunile vasculare (mai ales ale ramificațiilor arterei silviene), apoi de traumatisme, infecții, scleroze, encefaloze, tumori, hematoame. În uremie, diabet, intoxicații (opiu, beladonă, cannabis, tutun, oxid de carbon), epilepsie, migrenă, se semnalează afazii tranzitorii.

Pe lîngă tulburări intelectuale, constînd în afectarea gîndirii abstracte, a formulărilor simbolice (mai ales cînd există o tulburare a limbajului interior), la afazici pot fi întîlnite și tulburări comportamentale, constînd din vagabondaj, complicitate la diverse acte delictuale (care apar cînd există leziuni ale lobului parietal inferior sting cu apraxie).

Apraxicii sînt, în general, hiperemotivi. Depresia, deși existentă, nu are intensitate extremă. Suicidul este rar, dar posibil. În ceea ce privește tratamentul, cel curativ se referă la suprimarea procesului cauzal (atunci cînd este posibil). Existența unor leziuni ireversibile face imposibilă recuperarea completă. Exercițiile respiratorii, de articulare și fonetice, utilizarea de obiecte, desene, cuvinte corespondente — sînt mijloace terapeutice adesea eficiente, permițînd reintegrarea socio-profesională.

În psihiatrie, cunoașterea acestor tulburări cronice este necesară diagnosticului diferențial cu maladia Pick, Alzheimer, demențe. Se impune, de asemenea, diferențierea de stupoarea melancolică și catatonică, mutismul isteric, cît și de dizartria din paralizia generală progresivă, etilism, care apar în alt context.

311. AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE — sin. ALALIE IDIOPATICĂ $\xrightarrow{sin.}$ AUDIOMUTITATE.

312. AFAZIE DE DEZVOLTARE $\xrightarrow{sin.}$ DISFAZIE.

313. AFAZIE DE INTONAȚIE $\xrightarrow{sin.}$ DISPROZODIE.

314. AFAZIE VIZUALĂ SUBCORTICALĂ $\xrightarrow{sin.}$ CECITATE VIZUALĂ.

315. AFECT (cf. lat. *affectus* „stare, sentiment, afecțiune") ● Stare emoțională primară (expresie elementară a reactivității emoționale), cu intensitate crescută și variabilă, manifestată în mod nemijlocit în comportament. Afectele nu sînt reglate conștient și presupun (P. JANET) o regresie la nivele inferioare de conduită. Dispozițiile pot intra și ele în cadrul afectelor. Ca reacții emoționale primitive, afectele sînt strîns legate de instincte. Ele diferă de sentimente și pasiuni, acestea din urmă aparținînd nivelului superior al afectivității (elaborat, complex și influențat de modele socio-culturale).

Ca elemente bazale, afectele se constituie în stocajul holotimic al experienței sensibile. Reprimarea afectelor poate duce la apariția unor manifestări somatice (parestezii, tahicardie, hipersudorație — practic nu este vorba de reprimare, ci de faptul că o stare de afect se însoțește de o componentă vegetativă). În patologia psihică majoră, afectele sînt manifes-

tări bruşte, directe, neelaborate, uneori fără legătură cu un stimul exterior şi avînd efect dezorganizator asupra comportamentului ; în aceste cazuri, afectele generează acţiuni imprevizibile. Stările de afect care provoacă astfel de comportamente se numesc crize de afect. H. EY imparte afectele in două mari categorii :

- afectele depresive (cele care exprimă o insatisfacţie şi o tensiune pulsională : dezgustul, neliniştea, furia, disperarea etc.) ;
- afectele expansive (cele care exprimă o satisfacţie a trebuinţelor şi pulsiunilor : bucuria, entuziasmul, stările de extaz patologic etc.).

În psihanaliză, prin afect se înţelege orice stare emoţională, pozitivă sau negativă, difuză sau precisă, constînd fie într-o descărcare masivă, fie într-o tonalitate generală. FREUD consideră că orice pulsiune are două forme (registre) de manifestare : afectul şi reprezentarea, afectul fiind expresia calitativă a unei cantităţi de energie pulsională.

Studiind organizarea nevrozelor, FREUD vorbeşte, pe de o parte, de o constituţie sexuală anume (dezvoltare nearmonioasă a diferitelor componente ale libidoului), pe de altă parte, de cauze ocazionale, din mediul imediat, favorizînd perturbări psiho-sexuale (complexe create în cadrul primelor relaţii cu părinţii, tulburări ale fixării ulterioare a libidoului în obiecte) ; influenţele afective din copilărie şi, în special, fixaţiile legate de aceste influenţe pot fi intense şi generatoare, mai tîrziu, de simptome nevrotice. Aşadar, în producerea nevrozelor, un rol important îl joacă incapacitatea de reacţie normală la un eveniment cu pronunţat caracter afectiv (BREUER şi FREUD, în studiile lor asupra isteriei). Emoţiile intrate în inconştient capătă o putere patogenă. La isterici şi la obsesionali, există o anumită „cantitate" de traume afective. Modificările afectului în nevroze sînt : conversia — mecanism particular de simbolizare afectivă, constînd în transformarea unor elemente ale libidoului, refulate, în simptome somatice (isteria de conversie) ; deplasarea afectului — în obsesii, la baza obsesiei stînd o stare afectivă. Această emoţie este transportată asupra unor obiecte diverse, altele decît cele care, în mod normal, ar trebui să suporte investiţia afectivă în cauză ; ea se plasează deci într-un obiect oarecare, în mod logic inaccesibil unei investiţii de sentiment. Obsesionalul ignoră cauza simptomelor sale nu pentru că ar fi uitat incidentele sau evenimentele puternic impregnate afectiv şi care au exercitat o influenţă pregnantă asupra lui, ci pentru că el nu mai găseşte legătura logică primitivă între aceste incidente şi sentimentele provocate de ele. Ideea sau reprezentarea primitivă a fost substituită cu alta, absurdă sau infimă ca importanţă, prin mecanismul deplasării afectului, psihismul se debarasează de sentimentul primitiv neplăcut, penibil.

În transformarea afectului în nevroza de angoasă, la originea simptomelor stă modul diferit al fiecărui subiect de a reacţiona la o emoţie, îndeosebi incapacitatea de a descărca specific tensiuni care, drept urmare, iradiază şi se repartizează anormal, descărcarea fiind nespecifică şi inadecvată ; anxioşii sînt astfel predispuşi să reacţioneze la descărcarea incompletă a tensiunii prin angoasă, datorită conflictelor latente existente în profunzimea vieţii lor instinctive (de exemplu, fixaţia infantilă la părinţi cu inaptitudinea de „sevraj"). Tot o transformare de afect are loc şi în melancolie. Se degajă două perspective ale afectului ; afectul ca răsunet emoţional la o experienţă puternică şi afectul sub aspect cantitativ (cantitate de investiţie). În teoria inconştientului şi a refulării, afectul se defineşte ca o stare subiectivă (expresie subiectivă) a unei cantităţi de energie pulsională. FREUD diferenţiază, la un moment dat, reprezentarea inconştientă şi sentimentul inconştient (odată refulată, reprezentarea rămîne în inconştient ca atare, în timp ce afectului inconştient îi corespunde un rudiment emoţional care nu s-a putut dezvolta). Ceea ce este specific afectului este aspectul de trăit, de eveniment vechi, cu importanţă vitală.

JUNG consideră afectul drept stare emoţională foarte puternică, pe parcursul căreia conştiinţa se îngustează pînă la dispariţie ; persoana acţionează ca sub imperiul unei posesiuni interioare, fapt care, ulterior, naşte teamă ; în acest sens, umanitatea tinde, din cele mai vechi timpuri, în mod defensiv, la consolidarea conştiinţei (ritualurile, dogmele, „reprezentările colective"). Afectul este profund legat de inconştient şi semnfică un pericol real sau potenţial („perils of the souls"). Tot JUNG consideră afectul (emoţia) ca stare necesară conştientizării, emoţia facilitează conştientizarea (vezi şi transferul, eliberarea de conflictele inconştiente, prin retrăirea emoţiilor) experienţelor emoţionale infantile, care au generat aceste conflicte.

316. **AFECT DETAŞAT** ● Termen introdus de FREUD în sprijinul explicaţiei sale privitoare la mecanismul obsesiilor şi fobiilor. Potrivit opiniei sale, conţinutul unei idei care

este greu acceptabil pentru subiect, adesea insuportabil, se poate detaşa de afectul care îi este asociat, putînd astfel rămîne în sfera conştiinţei şi atenuîndu-şi aspectul (caracterul) de insuportabilitate. Afectul care îi corespunde persistă însă şi se ataşează altor idei care, deşi sînt în mod normal acceptate de conştient, devin, în urma acestor asociaţii, obsesii. Fenomenul prezentat este investit de FREUD cu rol de mecanism de apărare.

317. **AFECT DISLOCAT** — sin. **AFECT DEPLASAT; TRANSPOZIŢIE DE AFECT** ● Frecvent întîlnit la subiecţii cu manifestări obsesiv-compulsive şi depresive, constă în deplasarea componentei afective a unei idei inconştiente spre o altă idee, inofensivă şi fără legătură cu prima.

318. **AFECT FANTEZIE** ● Termen introdus de JUNG, cu referire la unele producţii ale fanteziei care, prin puternica lor încărcătură afectivă, devin afecte.

319. **AFECT STRANGULAT** ● Este afectul care suferă o reprimare împreună cu conţinutul ideativ care îi este ataşat, rămînînd împreună în sfera inconştientului şi generînd diferite manifestări psihosomatice.

320. **AFECTABILITATE** (cf. lat. *affectus* „stare, sentiment"; *habilitas* „aptitudine, facultate") ● Utilizat uneori pentru a desemna capacitatea subiectului de a-şi exprima emoţiile, sentimentele; termenul este mai rar întîlnit în limbajul psihiatric.

321. **AFECTARE** (cf. lat. *affectare* „a încerca, a căuta, a urmări") ● Modificare comportamentală şi atitudinală caracterizată prin note de artificial, manierism, teatralism, inautenticitate — este modalitatea de expresie a imaturităţii şi a unor subiecţi dizarmonici. Atunci cînd afectarea se manifestă prin copierea unor acţiuni şi/sau exprimări ale altor persoane (de obicei, suferinzi somatici sau psihici) cu scopul evident al obţinerii unui beneficiu (stimă, compasiune din partea anturajului), poate fi asimilată cu una dintre formele de simulaţie.

322. **AFECTEPILEPSIE**(s) **sindrom** ● Termen folosit în special de şcoala germană desemnînd o formă particulară de crize convulsive, asemănătoare cu cele epileptice, dar fără corespondent EEG, care pot apărea la adolescenţi cu tulburări de comportament şi a căror declanşare este net psihogenă. Diferenţierea lor de manifestările isterice — după unii autori — ar fi dificil de efectuat, datorită legăturii nete cu factori emoţionali→ BRATZ(s) — sindrom.

323. **AFECTIV**(D) **delir** ● Denumire dată de SNEJEVSKI unor deliruri care au la bază polarizarea dispoziţiei afective (euforice sau depresive); se reiau astfel studiile mai vechi ale lui MASSELON (1906), care afirmă că „delirul melancolic se naşte cel mai adesea din starea afectivă. Ideea delirantă vine să întărească starea afectivă, să o precizeze şi să o justifice". Autorul propune, în acest fel, un mecanism generator al delirului care ar fi mai „logic".

Ca şi alţi autori, împărtăşim părerea că, indiferent de mecanismul generic, delirul se traduce printr-o modificare globală a personalităţii subiectului, a raportului său cu lumea, în întreg cortegiul de fenomene ideoafective prin care se realizează.

324. **AFECTIVITATE** (fr. *affectivité*) ● Ansamblu de manifestări psihice a căror trăsătură esenţială şi definitorie este aceea de a resimţi realitatea exterioară, de a o reflecta prin trăiri pozitive sau negative, de la emoţie la sentiment. Ansamblu al proceselor şi stărilor emoţionale sau afective. Aspect fundamental al vieţii psihice prin care se realizează legătura dintre realitatea interioară a subiectului şi cea externă. Proces dinamic şi continuu, afectivitatea este intricată organic în „viaţa instinctivă, gîndire şi afectivitate" (KAMMERER). Ea pune în rezonanţă două modalităţi de existenţă a realităţii: „cea subiectivă şi cea ambientală", pentru a crea un ansamblu unic de trăiri, „irepetabil în dinamica sa personală", realizînd o „simfonie subiectivă a vieţii interioare a individualităţii" (PREDESCU, IONESCU). Afectivitatea are rol dinamogen şi energetic pentru întreg sistemul psihic, însoţeşte într-un fel sau altul fiecare componentă a psihismului pentru a se reflecta global în trăiri (PAVELCU). Geneza aspectelor vieţii afective este legată de un sistem de determinări plurimodal, în care se intrică de la factori biofiziologici pînă la sisteme motivaţionale foarte complicate, determinate axiologic şi socio-cultural. Fenomenele vieţii afective nu pot fi analizate în afara unui sistem ordonat, din a cărui dinamică rezultă varietatea legată de: sensul (pozitiv sau negativ) şi intensitatea (sau amplitudinea) răspunsului comportamental, precum şi stabilitatea stării afective. Stimulii sau situaţiile externe care declanşează o trăire afectivă trebuie să aibă un grad de noutate, de neaşteptat sau o investire afectivă anterioară (M. GOLU), în caz contrar rămîn neutri. Sub raportul complexităţii,

Scanned with OKEN Scanner

se poate vorbi de o afectivitate bazală — holotimică, căreia îi corespund emoțiile primare și dispoziția legată, neurofiziologic, de formațiunile subcorticale, și biochimic, de neurotransmițători, și o afectivitate elaborată catatimică (H. W. MAIER), căreia îi corespund emoțiile secundare (pasiuni, sentimente) legate de nivelul cortical, în a cărei determinare sistemul condiționare-învățare și modelele axiologice joacă un rol esențial. Cele două niveluri nu pot fi disociate decît din punct de vedere teoretic, în fapt ele acționînd unitar, fără ca prin aceasta să se înțeleagă un proces linear de sincronizare, procesul adaptativ implicînd și momente de disonanță care, atunci cînd depășesc un anumit gradient, pot avea expresie psihopatologică. Originea acesteia ar fi situată, după unii autori, în inconștient, unde activitățile reflexe și conduitele instinctive (de care afectivitatea este indisolubil legată) determină o tensiune a cărei descărcare reprezintă analogul inconștient al plăcerii și sursa ei biologică. Felul în care afectivitatea este resimțită sau devine o rezultantă a corporalității, a generat vii dezbateri, care au pus pe prim plan fie modificările corporale induse de afectivitate (HERBART), fie afectivitatea ca rezultat al modificărilor corporale (JAMES, LANGE). Ca și alți autori, nu putem subscrie nici la teoria „intelectualistă", nici la cea „fiziologistă". De fapt, în analiza afectivității trebuie integrate atît modelul neurofiziologic, cît și cel psihologic și psiho-social, între care nu există nici un fel de dichotomie. Fără a intra în amănunte, vom menționa că nivelele de integrare ale afectivității din punct de vedere anatomo-fiziologic, deși nu pot fi pe deplin precizate, sînt legate de : lobul frontal (ca zonă integratoare), lobul temporal (memoria afectivă, echilibrarea, nivelul reacțional), lobul parietal, girus cinguli (legat de integrare, afectivitate-activitate motorie), talamusul (factor de modulare al expresiei afective), hipotalamusul (ca sediu principal al emoțiilor de întărire prin mecanismele neurohormonale ale controlului scoarței), rinencefalul (cu rol în afectivitatea bazală, neelaborată). Trebuie amintită aici ipoteza existenței circuitului anatomic al emoției : hipocamp, fornix, hipotalamus, nuclei talamici anteriori, cortex cingular și înapoi în talamus (NAUMA, Mac LEAN). Această trecere în revistă demonstrează odată în plus justețea afirmației lui BRAIN-STRAUS că o căutare a zonei sistemului nervos central pentru emoție, cu cît este mai intensă, cu atît nu duce la rezultate concrete, prin aceasta demonstrîndu-se încă o dată larga bază neuro-fiziologică a afectivității.

Formele de manifestare a afectivității : afectele, dispozițiile, emoțiile, sentimentele, pasiunile fac obiectul unor descrieri separate. În ceea ce privește baza biochimică a afectivității, domeniul ipotezelor este mai larg decît

Murillo

cel al certitudinilor. Unele clasificări au fost aduse de studiile asupra tulburărilor afectivității, în special de cele privind depresia. Aceasta se referă la cele două căi monoaminergice (catecolaminică și serotoninică), precum și la existența unui liant endogen, reglator al dispoziției. Un rol important în afectivitate, mai ales în cea bazală, par să-l aibă ritmurile biologice, care sînt variabile individuale. În ceea ce privește afectivitatea elaborată, factorii ecologici, învățarea, experiența individuală și colectivă sînt tot atîtea componente care nuanțează puternic aceste manifestări ale afectivității. Pentru psihiatru, tulburările de afectivitate sînt de o importanță deosebită atît prin imposibilitatea de a separa celelalte modificări psihice de substratul lor energetic, afectiv, cît și prin omniprezența tulburărilor în cvasitotalitatea tablourilor simptomatologice. Tulburările afectivității pot fi grupate în : stări de afect, tulburări ale dispoziției (cantitative, hiper- și hipotimiile, sau calitative), tulburări ale afectivității elaborate. Școala americană de psihiatrie introduce în clasificare, sub numele de tulburări afective,

Scanned with OKEN Scanner

se poate vorbi de o afectivitate bazală — holotimică, căreia îi corespund emoțiile primare și dispoziția legată, neurofiziologic, de formațiunile subcorticale, și biochimic, de neurotransmițători, și o afectivitate elaborată catatimică (H. W. MAIER), căreia îi corespund emoțiile secundare (pasiuni, sentimente) legate de nivelul cortical, în a cărei determinare sistemul condiționare-învățare și modelele axiologice joacă un rol esențial. Cele două niveluri nu pot fi disociate decît din punct de vedere teoretic, în fapt ele acționind unitar, fără ca prin aceasta să se înțeleagă un proces linear de sincronizare, procesul adaptativ implicînd și momente de disonanță care, atunci cînd depășesc un anumit gradient, pot avea expresie psihopatologică. Originea acesteia ar fi situată, după unii autori, în inconștient, unde activitățile reflexe și conduitele instinctive (de care afectivitatea este indisolubil legată) determină o tensiune a cărei descărcare reprezintă analogul inconștient al plăcerii și sursa ei biologică. Felul în care afectivitatea este resimțită sau devine o rezultantă a corporalității, a generat vii dezbateri, care au pus pe prim plan fie modificările corporale induse de afectivitate (HERBART), fie afectivitatea ca rezultat al modificărilor corporale (JAMES, LANGE). Ca și alți autori, nu putem subscrie nici la teoria „intelectualistă", nici la cea „fiziologistă". De fapt, în analiza afectivității trebuie integrate atît modelul neurofiziologic, cît și cel psihologic și psiho-social, între care nu există nici un fel de dichotomie. Fără a intra în amănunte, vom menționa că nivelele de integrare ale afectivității din punct de vedere anatomo-fiziologic, deși nu pot fi pe deplin precizate, sînt legate de : lobul frontal (ca zonă integratoare), lobul temporal (memoria afectivă, echilibrarea, nivelul reacțional), lobul parietal, girus cinguli (legat de integrare, afectivitate-activitate motorie), talamusul (factor de modulare al expresiei afective), hipotalamusul (ca sediu principal al emoțiilor de întărire prin mecanismele neurohormonale ale controlului scoarței), rinencefalul (cu rol în afectivitatea bazală, neelaborată). Trebuie amintită aici ipoteza existenței circuitului anatomic al emoției : hipocamp, fornix, hipotalamus, nuclei talamici anteriori, cortex cingular și înapoi în talamus (NAUMA, Mac LEAN). Această trecere în revistă demonstrează odată în plus justețea afirmației lui BRAIN-STRAUS că o căutare a zonei sistemului nervos central pentru emoție, cu cît este mai intensă, cu atît nu duce la rezultate concrete, prin aceasta demonstrîndu-se încă o dată larga bază neuro-fiziologică a afectivității.

Formele de manifestare a afectivității : afectele, dispozițiile, emoțiile, sentimentele, pasiunile fac obiectul unor descrieri separate. În ceea ce privește baza biochimică a afectivității, domeniul ipotezelor este mai larg decît

Murillo

cel al certitudinilor. Unele clasificări au fost aduse de studiile asupra tulburărilor afectivității, în special de cele privind depresia. Aceasta se referă la cele două căi monoaminergice (catecolaminică și serotoninică), precum și la existența unui liant endogen, reglator al dispoziției. Un rol important în afectivitate, mai ales în cea bazală, par să-l aibă ritmurile biologice, care sînt variabile individuale. În ceea ce privește afectivitatea elaborată, factorii ecologici, învățarea, experiența individuală și colectivă sînt tot atîtea componente care nuanțează puternic aceste manifestări ale afectivității. Pentru psihiatru, tulburările de afectivitate sînt de o importanță deosebită atît prin imposibilitatea de a separa celelalte modificări psihice de substratul lor energetic, afectiv, cît și prin omniprezența tulburărilor în cvasitotalitatea tablourilor simptomatologice. Tulburările afectivității pot fi grupate în : stări de afect, tulburări ale dispoziției (cantitative, hiper- și hipotimiile, sau calitative), tulburări ale afectivității elaborate. Școala americană de psihiatrie introduce în clasificare, sub numele de tulburări afective,

tulburările afective majore (tulburarea bipolară, depresia majoră), alte tulburări afective specifice (tulburarea ciclotimă, nevroza depresivă) şi tulburările afective atipice. Considerăm însă că şi tulburările anxietăţii (tulburările fobice, stările anxioase şi stresul posttraumatic) aparţin tulburărilor afective. Aceiaşi autori descriu un sindrom organic afectiv (de tip maniacal sau depresiv) indus de un factor organic specific (toxic, endocrin, metabolic sau cerebral). Polimorfismul tulburărilor afectivităţii face necesară tratarea lor în articole diferenţiate.

325. AFECTIVITATE BAZALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HOLOTIMIE.

326. AFECTIVITATE ELABORATĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CATATIMIE.

327. AFECTIVITATE PARADOXALĂ ● Reacţie afectivă în care răspunsul normal la stimulul afectogen nu este numai diferit, ci şi opus celui aşteptat. De obicei, această reacţie este de scurtă durată şi poate apărea şi la subiecţii normali. Ea are o semnificaţie diferită şi o frecvenţă mult mai mare în schizofrenie.

328. AFECTIVITATE — tulburări de ● Tulburările de afectivitate sînt numeroase, avînd în vedere atît complexitatea vieţii afective, modalitatea de exprimare, cît şi personalitatea subiectului.

Clasificarea propusă de noi este următoarea :

- *Stările de afect*
- *Tulburările dispoziţiei :*
  - — Hipotimii :
    - Indiferenţa
    - Apatia
    - Atimia
  - — Hipertimii :
    - Anxietatea : nevrotică, psihotică, raptusul, echivalenţe
    - Depresia : nevrotică, psihotică, mascată, echivalenţe
  - — Disforia
  - — Euforia : hipomania, mania
- *Tulburări ale dinamicii dispoziţionale :*
  - — Rigiditatea afectivă
  - — Labilitatea emoţională
- *Tulburări ale emoţiilor elaborate :*
  - — Paratimiile : inversiunea şi ambivalenţa afectivă
  - — Fobiile
  - — Extazul

329. AFECTIVO-AUDITIVE(I) iluzii ● Desemnează acele iluzii de tip auditiv, descrise de H.EY, care apar în stare de alertă, pe fond de anxietate crescută, constînd în reflectarea denaturată a unor excitanţi sonori din ambianţă (zgomote, paşi, şoapte etc.), prin exagerarea lor şi atribuirea de semnificaţii greşite.

330. AFECŢIUNE ● Sentimente şi emoţii cu caracter pozitiv, pe care o persoană le încearcă faţă de o alta şi din care lipseşte motivaţia sexuală. Termenul are un important grad de imprecizie, confundindu-se uneori cu AFECTIVITATEA →. În genere, afecţiunea implică o notă de valorizare legată de ierarhizarea sentimentelor în raport cu celălalt. Lipsa de afecţiune, mai ales în relaţiile de la nivelul grupurilor familiale şi socio-profesionale, poate sta la originea unor conflicte intrapsihice.

În practica medicală, termenul este folosit şi în sensul de suferinţă, boală.

331. AFECŢIUNE MASCATĂ ● Prin acest termen STEKEL descrie comportamentul adoptat de unii indivizi pentru a-şi ascunde sentimentele lor intime. Blîndeţea comportamentală, sensibilitatea cu care îşi tratează aparent partenerii, toleranţa, nu sînt decît o „mască de dragoste pentru faţa reală de ură". În cazul unor reacţii, aceasta iese la iveală, părînd inexplicabilă.

332. AFECŢIUNI CARDIO-VASCULARE — rezonanţe psihice ● Sînt luate în discuţie unele tulburări psihice de intensitate variabilă (nevrotică, psihotică, modificări ale cîmpului conştiinţei), care apar secundar instalării unor boli ale aparatului cardio-vascular. Deşi este un „organ silenţios", cordul surprinde prin răsunetul deosebit de zgomotos sub care se manifestă în timpul diferitelor boli ce îl afectează, interesantă fiind observaţia că atît suferinţele organice acute (de exemplu, infarctul de miocard), cît şi cele funcţionale (nevroza anxioasă, cenestopată cu focalizare cardio-vasculară) sînt circumstanţe la fel de spectaculoase în ceea ce priveşte amploarea şi dramatismul manifestărilor clinice.

Relaţia între funcţia cardiacă şi modificările pe plan psihic nu este doar simbolică (inima a fost considerată totdeauna organul central al vieţii, „motorul"), ci fiziologică, fiind bine cunoscută interdependenţa dintre frecvenţa şi ritmul cardiac şi starea de teamă, panică, mînie (cu extensie în psihopatologie, în stările de angoasă). Au fost realizate tehnici de înregistrare poligrafică (printre care

Scanned with OKEN Scanner

şi „detectorul de minciuni"), care au adus contribuţii preţioase la cunoaşterea participării cordului înaintea şi în timpul unei stări conflictuale.

Interesantă li s-a părut medicilor, din cele mai vechi timpuri, asocierea dintre tulburările aparatului cardio-vascular şi diferitele manifestări psihice, mergînd de la tulburări de comportament „comprehensibile", pînă la dramatice episoade confuzionale (descrise de WATSON în 1836) sau izolarea unor tipuri distincte de personalitate (în 1880, D'ASTROS descrie un tip „mitral", cu tendinţe depresive, şi unul „aortic", înclinat spre anxietate, iritabilitate, irascibilitate). În 1967, KOUPERNICK va nega definitiv această specificitate, subliniind arbitrariul stabilirii unei relaţii între trăsăturile psihice ale unui individ şi funcţionalitatea cardiacă. Nu este însă de neglijat faptul că o serie de manifestări psihice induc modificări ale funcţionalităţii cardiace: este devenită aproape clasică aritmia extrasistolică şi modificările tensionale generate în contextul dezordinii vegetative din anxietate ; extrasistolele, modificările tensionale nu fac altceva decît să accentueze anxietatea, care va accentua, la rîndul ei, „disvegetoza", întreţinînd un cerc vicios cu pronunţat ecou pe planul psihismului. S-a mai stabilit că pentru un bolnav cardiac, orice psihotraumă înseamnă un factor declanşator al unei simptomatologii psihice, care accentuează în acelaşi timp şi suferinţa cardiacă.

Înscriindu-ne în acest context, menţionăm că afecţiunile cardiace determină o perturbare a proceselor psihice, prin modificările hemodinamicii şi homeostaziei gazelor din sînge, care vor avea efecte negative asupra circulaţiei cerebrale (ca, de altfel, şi asupra circulaţiei în întregul organism), producînd, la acest nivel, perturbări de intensităţi şi forme diferite, care pot merge pînă la stări confuzionale.

Nu mai puţin lipsit de importanţă, este statutul de „handicapat" pe care, chiar în condiţiile actuale de progres terapeutic, bolnavul cardio-vascular îl resimte, fiind un dependent de un anumit regim de viaţă, de anumite medicamente ; toate acestea generează o suită de reacţii psihologice, care au la bază sentimentul neputinţei, al purtării unei poveri, datorate bolii cardiace, şi perspectiva unei speranţe scăzute de viaţă. Aceste stări ajung să determine modificări importante în relaţiile sociale şi familiale ale subiectului. La un moment dat, se poate ajunge în situaţia în care, în mod evident, rolul structurii personalităţii subiectului apare mai important decît gravitatea cardiopatiei. Orice subiect care află că suferă de o boală cardiacă va reacţiona, iniţial, printr-o stare de anxietate, care suferă pe parcurs o perioadă de stabilizare şi atenuare, bolnavul avînd tendinţa de a se menaja.

De la descrierile din secolul trecut (P. MARIE, 1897, a oferit un tablou semnificativ privind aspectul delirant la un subiect cu infarct miocardic, iar observaţia lui HERRICK în 1912 este pertinentă în sensul păstrării lucidităţii acestor bolnavi, în discrepanţă cu cea a lui KIAERGAARD, din anul următor, care remarcă sindromul confuzional din perioada acută a instalării leziunii miocardice), pînă la accepţiunea modernă a psihosomaticienilor este o cale lungă, presărată de nenumărate interpretări nu lipsite de originalitate. Astfel, partizanii doctrinei lui ALEXANDER şi cei ai lui PAVLOV îşi dispută puncte de vedere diferite, primii fiind de inspiraţie psihanalitică, iar ceilalţi adepţii teoriei interacţiunii mediului exterior cu funcţionarea centrilor cerebrali, prin intermediul mecanismelor de condiţionare.

În accepţiunea psihosomatică, disfuncţiile aparatului cardio-vascular se pot sistematiza (HAYNAL) în : tulburări funcţionale (manifestări somatice ale emoţiilor fundamentale, ale anxietăţii sau ale depresiei) de tipul tahicardiei, extrasistolelor şi senzaţiilor dureroase de genul presiunii, înţepăturilor, „opririlor" inimii şi pseudo-angorului ; boli psihosomatice majore : infarctul miocardic şi hipertensiunea arterială, în care elementele psihologice joacă un rol secundar în cadrul înlănţuirii etiopatogenice.

Alţi autori, de formaţie fiziopatologică riguroasă (KOUPERNICK), sînt de părere că patogenia „delirului cardiac" se datorează unei alterări permanente a metabolismului cerebral, care determină secundar insuficienţă hepatică sau renală, perturbări ale hemodinamicii prin policitemie, stază venoasă şi hipotensiune arterială ; concentraţia în sînge a oxigenului scade, cea a bioxidului de carbon creşte şi astfel apare acidoza. În infarctul miocardic, tulburările psihice secundare, sînt atributul ischemiei cerebrale provocate de scăderea debitului cerebral şi de creşterea rezistenţei vasculare cerebrale. Apar şi hemoragii microscopice difuze, datorită perturbărilor neurovegetative complexe, care pot avea ca efect ramolismente locale. Patogenia tulburărilor psihice din hipertensiunea arterială, ca şi exprimările lor clinice, sînt greu de diferenţiat de cea a arteriosclerozei cerebrale, cu care de altfel se suprapune deseori, ca şi de ma-

Scanned with OKEN Scanner

nifestările psihosomatice care stau la originea unor forme de hipertensiune arterială.

Manifestările psihice pot include, de la simpla simptomatologie neurastenică *„benignă"* (cefalee, tulburări de echilibru nesistematizate, astenie, tulburări hipnice, depresie şi anxietate), pînă la manifestările grave ale encefalopatiei hipertensive, cu episoade confuzionale nocturne tranzitorii, cu caracter oniric (MARCHAND a denumit-o „claudicaţie cerebrală intermitentă").

În infarctul miocardic, datorită ischemiei cerebrale apar stări de somnolenţă, torpoare sau excitaţie, chiar stări confuzionale cu bufee delirante şi onirice. Anxietatea bolnavului cu accident coronarian acut este profundă, pentru că dramatismul suferinţei sale somatice îl face să *„trăiască"*, parţial, trecerea spre neființă. Profunzimea trăirii angoasante se datorește tocmai acestei senzaţii de *„iminenţă a morţii"* (remarcată de multă vreme de cardiologi), astfel încît suprimarea trăirii anxioase la aceşti subiecţi este absolut necesară. Acesta este şi motivul pentru care lucrările recente de cardiologie recomandă, ca prime măsuri ce trebuie instituite în infarctul miocardic, pe lîngă cele clasice, şi măsuri de analgezie şi anxioliză.

În faza acută a endocarditelor, manifestările psihice pot fi de tipul stărilor confuzionale, de multe ori cu aspect delirant — datorat, în special, creşterii temperaturii corporale (⟶ DELIR FEBRIL).

Emboliile septice pot determina encefalite, meningo-encefalite, abcese cerebrale. Instalarea edemului cerebral, ca urmare a decompensărilor cardiace, induce apariţia somnolenţei, a stuporului, a episoadelor scurte, tranzitorii, delirant-onirice. În cazul valvulopatiilor operate, apare postoperator un sindrom halucinator delirant, cu mutism catatonic, explicat de modificările termodinamice cu repercusiuni asupra circulaţiei cerebrale (anoxemie), dar şi, probabil, prin intervenţia altor factori încă necunoscuţi.

Dacă asocierea frecventă dintre cardiopatiile congenitale şi debilitatea mintală este bine cunoscută, mai puţin citate (şi recunoscute) sînt sindroamele schizofreniforme care pot apărea la aceşti malformaţi. Decompensarea cordului drept determină o stază venoasă, a cărei consecinţă va fi apariţia hipertensiunii intracraniene cerebrale, în general bine tolerată. Importante sînt manifestările psihice apărute ca efecte secundare ale medicaţiei cardiotonice ; DUROZIER a descris, în acest sens, episoade confuzionale halucinatorii la bolnavii intoxicaţi cu digitală.

Considerăm util a prezenta succint cele mai frecvente tulburări psihice ce survin în principalele afecţiuni cardiovasculare : (vezi tab. I)

Tabel nr. I

INSUFICIENŢA CARDIACĂ DECOMPENSATĂ (valvulopatii, cardiopatii)

Semne psihice	*Semne generale*	*Examene paraclinice şi de laborator*
• anxietate, nelinişte nocturnă ; • insomnie, vise terifiante ; • îngustarea cîmpului conştiinţei, în diferite grade : somnolenţă sau excitaţie, episoade confuzionale, delir oniric cu fugă şi suicid	• semne subiective, dispnee de efort şi de decubit, tuse uscată, respiraţie Cheyne-Stokes, retenţie de lichide (oligurie, edeme, ascită), astenie ; • semne obiective : cardiomegalie, galop protodiastolic, hepatomegalie, jugulare turgescente, cianoză.	• Rx : cord mărit de volum, edem pulmonar ; • concentraţia O_2 în singe scăzută, a CO_2 crescută ; acidoză ; • policitemie ; • modificări biochimice ale metabolismului hepatic şi renal.

Evoluţia tulburărilor psihice este paralelă cu cea a bolii cardio-vasculare care le-a generat, ele ameliorîndu-se odată cu aceasta. Faptul că în majoritatea lor, aceste boli au o durată îndelungată, chiar pe toată viaţa, conferă un caracter cronic şi siptomelor psihice. Este vorba, mai ales, despre simptomele de intensitate nevrotică, deoarece episoadele acute delirante sau confuzionale se remit concomitent cu faza acută a decompensării cardiace. Trebuie remarcat potenţialul evolutiv deosebit de grav, către exitus, pe care îl are şi

Tabel nr. II

INFARCTUL MIOCARDIC

Semne psihice	*Semne generale*	*Examene paraclinice și de laborator*
• în faza acută : anxietate intensă, senzaţie de moarte iminentă, panică, excitaţie, inhibiţie psihomotorie ; rareori convulsii, comă ; în 1/5 din cazuri domină starea confuzională acută, cu stupor sau agitaţie și delir oniric ; • în convalescenţă : CROOG descrie 3 faze în primele zile : anxietate intensă, faza depresivă, faza de refacere ; • sechele psihice : astenie fizică și psihică, stări depresive de diferite intensităţi, diminuarea variabilă a memoriei, atenţiei și asociaţiilor pînă la deteriorare gravă.	• semne majore : durere precordială sau cu diverse iradieri, cu debut brusc, durată și intensitate particulară ; • semne minore : greaţă, vărsături, astenie ; • clinic : paloare, transpiraţii reci, cianoza extremităţilor, TA scăzută, puls tahicardic, temperatură ridicată (38°C), asurzirea zgomotelor cardiace.	• leucocitoză ; • VSH crescut ; • hipercoagulabilitate precoce, apoi hipocoagulabilitate ; • hiperglicemie ; • TGO crescută.

Tabel nr. III

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ (esenţială)

Semne psihice	*Semne generale*	*Examene paraclinice și de laborator*
• cefalee, ameţeli, fosfene, acufene ; • astenie fizică și psihică ; • intoleranţă la zgomote ; • emotivitate superficială cu accese de iritabilitate ; • labilitate afectivă ; • depresie ; • anxietate ; • insomnii ; • episoade confuzionale tranzitorii, mai ales nocturne, cu onirism, denumite de MARCHAND „claudicaţie cerebrală intermitentă".	• semne subiective ; palpitaţii, dispnee, dureri precordiale ; • semne obiective : creșterea dimensiunilor inimii.	• Rx : dilatarea aortei ascendente ; • EKG : hipertrofia ventriculului sting ; • examen FO : retinopatie hipertensivă stadiul I—IV.

astăzi infarctul miocardic acut sau encefalopatia hipertensivă. În orice caz, nu se poate stabili o legătură directă și specifică între intensitatea sau forma tulburării psihice și prognosticul bolii de bază, definitoriu fiind, se pare, numai gradul în care este afectat ţesutul cardiac și cerebral.

Un rol iatrogenizant îl au multiplele investigaţii cu aparatură din ce în ce mai complexă, cu ajutorul cărora se poate evalua astăzi func-

Tabel nr. IV

ENCEFALOPATIE HIPERTENSIVĂ (acută, cronică)

Semne psihice	*Semne generale*	*Examene paraclinice și de laborator*
• cefalee intensă ; • crize convulsive generalizate ; • tulburări de conștiință de diferite intensități, pînă la exitus ; • tulburări de personalitate (emotivitate, labilitate afectivă, astenie, depresie) ; • semne neurologice de focar: nistagmus, cecitate psihică, slăbirea forței membrelor.	• vomă ; • TA diastolică > 140 mm Hg.	• examen FO : edem papilar, retinopatie hipertensivă ; • semnele de laborator ale insuficienței renale acute și ale insuficienței cardiace.

Tabel nr. V

ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ DIFUZĂ (progresivă, paroxistică)

Semne psihice	*Semne generale*	*Examene paraclinice și de laborator*
• cefalee, amețeli, astenie ; • tulburări vizuale, parestezii ale extremităților ; • insomnii ; • emotivitate superficială, puerilă ; • labilitate afectivă ; • tendință la depresie ; • slăbire intelectuală (evidențiată psihometric) inițial cu critică ; • episoade confuzionale mai ales nocturne ; • delir oniric, cu idei delirante de persecuție, de grandoare, de prejudiciu, de otrăvire ; • depresie psihotică cu elemente anxioase și hipocondriace ; • stări maniacale cu preocupări erotice.	• ateromatoză periferică (neobligatorie) : a. radială, a. temporală, aortă ; • HTA (TAd > 110 mm Hg) ; • semne clinice ale insuficienței cardiace ; • examen neurologic : ROT vii, Babinski izolat, discret deficit motor, acomodarea la lumină lentă.	• examen radiologic, cardiac : derularea, calcificarea aortei ; • examen FO : semnul Sallus — Gunn ; • colesterolemia nu este semnificativă.

— *Forme ce debutează cu un accident neurologic*

	• Crize convulsive ; • Ictus apoplectic ;

Tabel nr. V (continuare)

— Sindrom pseudobulbar (formă clinică particulară)

• deficit intelectual	• tulburări neurologice: pareză spastică a musculaturii extremității cefalice (față, deglutiție, masticație, fonație), mișcări voluntare mult diminuate, mișcări involuntare accentuate, facies imobil, voce monotonă, cu timbru modificat, palilalie, ris și plins spasmodic, mers cu pași mici, astazo-abazie, micțiuni involuntare, incontinență sfincteriană	

ționalitatea aparatului cardio-vascular. Iatrogenizant pare a fi, in primul rind, modul gradat (de altfel necesar) al acestor investigații. Spre exemplu, unui tinăr cu *„palpitații"* examenul clinic și o simplă electrocardiogramă ii sint suficiente pentru infirmarea unei afecțiuni; dar dacă tinărului (care, de obicei, este un anxios emotiv), după ce nu i s-au găsit modificări semnificative la electrocardiogramă, i se recomandă o ecocardiogramă, noi consulturi etc., el capătă convingerea că *„trebuie"* să aibă *„ceva la inimă"* care este mai greu de diagnosticat, ceea ce pentru neinițiați este egal cu *„ceva grav"*. Pe de altă parte, simpla supunere a subiectului la aceste investigații și inminarea rezultatului fără nici un fel de explicație din partea medicului, poate da naștere la interpretări greșite, pe care acesta, din neștiință, le dă unui rezultat normal.

Tratamentul — presupune vizarea simultană a ambelor obiective, indivizibile in unitatea lor: afecțiunea cardio-vasculară și simptomatologia psihică consecutivă. Tulburările psihice apărute pe acest fond pot ceda parțial sub tratamentul etiopatogenic, dar acesta necesită uneori completarea cu medicație psihotropă (tranchilizante minore — in nici un caz neuroleptice sedative și antidepresive). Tabloul clinic al insuficienței coronariene se poate ameliora substanțial dacă, la medicația etiopatogenică (antianginoase, anticoagulante), se adaugă tranchilizante din grupa benzodiazepinelor și betablocante, in doze corespunzătoare; aici este locul unde acestea din urmă își au o indicație de elecție. Betablocantele sint mult folosite și in tratamentul tulburărilor nevrotice de tip anxios din cadrul hipertensiunii arteriale, exercitind atit un efect hipotensor, cit și anxiolitic. Creșterile paroxistice ale tensiunii arteriale insoțite de tulburări ale conștiinței vor beneficia in primul rind, de un tratament etiologic adecvat (diuretice, eventual venesecție, antiedematoase cerebrale, hipotensoare majore) și apoi de medicație anxiolitică (benzodiazepine); neurolepticele se vor utiliza cu multă prudență, din cauza efectului lor confuzogen. Tulburările psihice apărute secundar scăderii valorilor tensiunii arteriale (numai hipotensiunea marcată și episodică, nu și cea constituțională) răspunde la adminsitrarea de simpaticotone, mineralocorticoizi și psihotone.

333. **AFEMIE** (cf. gr. *a-*; phemi „eu vorbesc") Imposibilitate de a vorbi; termen introdus de BROCA, in 1861. Nu este afazie (deși unii sint tentați să o creadă). Subiectul este capabil să ințeleagă limbajul vorbit și scris, să răspundă la comenzi complexe, să se exprime in scris, ceea ce denotă conservarea limbajului interior. Este, de fapt, o apraxie limitată la mișcările necesare vorbirii, o anartrie apraxică, subiectul neputind vorbi normal chiar dacă se concentrează, neputind repeta cuvintele pe care le aude și nici citi cu voce tare. Funcția musculaturii limbii și a buzelor este intactă pentru alte activități (masticație, mimică etc.). Paroxistic, poate constitui expresia unei epilepsii parțiale, determinate de o leziune a emisferului frontal sting; mai rar este durabilă, cind traduce o leziune capabilă să intrerupă mecanismul prin care se asigură in emisferul dominant funcția vorbirii, sau un proces patologic care compromite organizarea motorie a acesteia.

Prin extensie, termenul este folosit și pentru afemii cu condiționări psihogene.

334. **AFEMIE ISTERICĂ** • Imposibilitatea de a vorbi, declanşată prin mecanism isteric de conversie, fără a avea un suport organic. Este uşor de recunoscut, de cele mai multe ori, prin evidenţierea elementului frustrant declanşator, precum şi a trăsăturilor de personalitate accentuate sau dizarmonice de tip isteric.

335. **AFEMIE PATEMATICĂ** (cf. gr. *pathema* „accident") • Imposibilitatea de a vorbi datorită spaimei puternice pe care o resimte subiectul. Este caracteristică reacţiilor, fiind de scurtă durată : de la citeva secunde pînă la citeva minute („i-a pierit graiul", „a rămas blocat"). Revenirea se realizează la fel de brusc, încît în unele cazuri subiectul nici nu conştientizează parcurgerea acestei etape.

336. **AFEMIE PLASTICA** • Este un mutism voluntar şi nu o imposibilitate de a realiza actul vorbirii ; trebuie interpretat în corelaţie cu citiva parametri : vîrstă, personalitate, nivel intelectual, context, scop, spre a i se putea conferi justa valoare, chiar în cazul unei semnificaţii patologice reduse.

337. **AFERENT** (cf. lat. *afferre* „a aduce") • Termen utilizat pentru a evidenţia legătura de la periferie către centru. Căile nervoase aferente sînt cele senzoriale, care transmit excitaţiile periferice spre centrii nervoşi, de unde pleacă ulterior căile nervoase eferente, ducînd comanda organelor efectoare. Receptorii vin în contact sinaptic cu terminaţiile dendritice ale neuronilor senzitivi din ganglionii spinali sau de pe traiectul unor nervi cranieni. Variaţiile de potenţial receptor produc depolarizări pasive în terminaţia dendritică, care ating pragul critic, descarcă potenţiale de acţiune „tot sau nimic" ce se propagă celulipet (centripet). Informarea corectă a centrilor privind variaţiile energiei excitantului se face la nivelul căilor de conducere prin modulare în frecvenţă. Numărul potenţialelor de acţiune declanşate pe secundă este în funcţie de amplitudinea potenţialelor de receptor. Cea mai simplă cale aferentă este reprezentată de neuronul senzitiv spinal şi de prelungirile sale.

Distribuţia căii aferente în centrii nervoşi se face sub două forme :

- convergenţa — mod de distribuţie în care un singur neuron central primeşte contacte sinaptice de la mai multe fibre aferente ;
- divergenţa — ramificaţie a unei singure fibre aferente la mai mulţi neuroni centrali.

338. **AFERENTAŢIE** • Proces de transport centripet informaţional opus eferentaţiei, cu rol deosebit în neurofiziologie, fiind legat de mecanismul de feed-back privit ca o aferentaţie secundară. În cadrul desfăşurării unei acţiuni, se disting o aferentaţie situaţională (reflectarea premergătoare a acţiunii), una de declanşare (cu rol în formularea scopului), o aferentaţie de sancţionare (corectivă a acţiunii) şi una finală.

339. **AFILAN**(M) Anglia — DCI *Mazindol* • Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat clorfenilizoindolic, de tip 5-(p-clorfenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a/isoindol-5-ol, practic fără efecte simpaticomimetice. Indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale NL şi ale anticonvulsivantelor, în tratamentele de lungă durată.

340. **AFILIERE** (fr. *affilier*) • Alăturare a subiectului la un grup pe baza unor criterii mutual acceptate sau a afinităţilor. Afilierea adolescentului la anumite grupări şi mode, ca şi apartenenţa lui la grupuri cu existenţă efemeră şi slab structurate, ţin de dorinţa lui de identificare, scara valorică şi nivelul aspiraţiilor nejucînd rolul important pe care îl au în mod obişnuit. Se poate vorbi, în acest caz, de o pseudoafiliere sau de o afiliere tranzitorie, care nu are o semnificaţie deosebită, deşi, în aparenţă, ar viza patologicul. Afilierea nu are autenticitate decît atunci cînd se bazează pe liberul consimţămînt şi pe afinităţile subiectului.

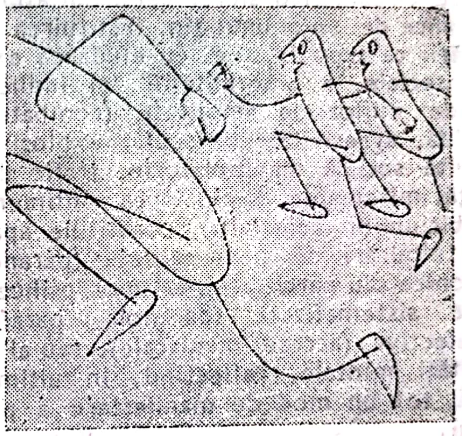
341. **AFILIAŢIE** (fr. *affiliation*) • Caracteristică a comportamentului general uman constînd în a realiza legături cu una sau mai multe persoane. Nu numai că rezultă din geneza socială a personalităţii umane, dar asigură, în continuare, dezvoltarea laturii ei sociale. Originea ei trebuie căutată în procesul de dezvoltare şi educaţie ale copilului, fapt demonstrat de unele cazuri de hiperdependenţă afectivă a acelor subiecţi adulţi care în copilărie au fost frustraţi afecftiv. În stările de anxietate nevrotică, în hipomanie, în stări hipocondriace, la structurile timopate euforice, se constată o tendinţă accentuată spre afiliere. Diminuarea acestei tendinţe pînă la absenţa ei se întîlneşte în decompersările depresive, la personalităţi distimice, în schizofrenie.

MURRAY vorbeşte despre trebuinţa de afiliaţie, ca trebuinţă psihogenă, stînd la baza atitudinii afiliative (a se asocia, a stabili prietenii, a intra în grupuri etc.)

Scanned with OKEN Scanner

342. AFINITATE (cf. lat. *affinitas* „înrudire prin alianță") ● Relație stabilită pe plan afectiv, caracterizată prin simpatie, atracția reciprocă și motivată prin similitudine sau apropiere de structuri, idei, sentimente, statute, roluri, vîrstă etc. Se poate realiza între indivizi sau între individ și grup. Cînd relația se stabilește între individ și grup, ea poate fi expresia unui sentiment de apartenență la acest grup (la colectivitate). Individul poate găsi afinitate din dorința de a descoperi în alte persoane un „obiect" complementar cu care să se identifice. Gruparea indivizilor în societate nu se face numai prin vecinătate geografică, coabitație sau descendență, ci și pe principiile atragerii sau respingerii, care pot fi facilitate, dar nu determinate, de primii factori. Această grupare fondată pe simpatie, pe aspirații și proiecții comune duce la acceptarea „consensului social", văzut ca o acceptare a celor cu care individul trăiește în comun. În această grupare, factorul psihologic trece pe prim plan, determinînd interferențe multiple. Factorii pe baza cărora se constituie afinitatea sînt : lingvistici, politici, culturali, etnici, morali, religioși etc. Tipul de reacție al indivizilor din grup este, de asemenea, un factor de coeziune, acesta fiind în relație cu particularitățile psihologice, cu sistemul de judecăți și valori, cu gusturi și preferințe, care vin să completeze tabloul generic al afinităților. Pe baza afinităților se constituie și familiile patologice, în care existența elementelor psihice morbide (care afectează în mare număr sau în totalitate pe membrii acestora), ca și persistența și ireductibilitatea unora dintre ele, par adesea inexplicabile. Apariția delirului indus, mult mai frecvent în cadrul familiei, își poate găsi motivarea în afinitatea stabilită între membrii familiei. Același lucru este valabil și pentru unele toxicomanii.

343. AFIRMARE (cf. lat. *affirmare* „a întări, a confirma, a afirma") ● Sensul concret al termenului se referă la comunicarea unei judecăți, afirmative sau negative, ca fiind adevărată. În sens psihologic, reprezintă o exprimare prin comportament a propriilor particularități ale personalității, constituind un aspect pozitiv al existenței subiectului în relațiile sale cu mediul. Prin afirmare de sine se înțelege comportamentul tipic uman, reflectind o constelație de trebuințe secundare (dobîndite sub influență socio-culturală), prin care personalitatea își exprimă autonomia de sine și valoarea personală. Poate fi considerată concomitent ca aspirație (trebuință de împlinire spre „mai mult și mai bine") și ca atitudine personală (raport între cerințele și exigențele sociale și cunoașterea posibilităților, corelat cu trebuința de valorizare individuală). Dacă la nivel animal afirmarea de sine corespunde impunerii unor indivizi în cadrul speciei sau a unor specii pe baza selecției naturale, datorită în primul rînd înzestrării cu calități superioare (forță, viteză, acuitate senzorială etc.), iar dispariția unor specii de animale poate fi interpretată ca slăbiciune genetică sau lipsă de rezistență la con-



dițiile schimbătoare, de multe ori vitrege, ale mediului, la nivelul speciei umane, comportamentul de afirmare poartă amprenta infimă a instinctului de conservare, fiind fundamental saturat de factori socio-culturali.

Sub raport etiologic și instrumental, afirmarea de sine prezintă mari variații individuale. La copii și adolescenți, afirmarea de sine se manifestă prin atitudini de opoziție sau prin vedetism și originalitate juvenilă, ca reacție față de atitudinile restrictive sau punitive ale părinților, reprezentînd o manifestare „normo-funcțională". La adult, afirmarea de sine se datorează, în mod normal, mai puțin și mai rar acestor exacerbări ale agresivității, ca sfidare a convențiilor și ca exhibiționism (trebuința de a face impresie, de a fascina, de a șoca, de a intriga sau a amuza pe alții nu reprezintă, de altfel, decît diferitele fațete ale dizarmoniei în drama ei), și mai ales nevoii de optimizare și perfecționare de sine. O cunoaștere de sine adecvată atrage dorința de auto-depășire, de valorizare a aptitudinilor și talentelor, de verificare a acestora prin învingerea de obstacole. Aceasta corespunde trebuinței de performanță, sesizate de ATKINSON ca fiind specific umană, sau trebuinței de realizare, inserate de MURRAY printre cele 20 de trebuințe uman fundamentale. Afirmarea de sine își are originea și în trebuința de prestigiu sau de recunoaștere socială, ceea ce corespunde tot cu o punere în valoare evidentă a aptitudinilor și calităților ...

care însă, de data aceasta, sînt autentificate de importanța economică sau socială a produselor rezultate din valorificarea lcr. Trebuința de afiliație, o altă trebuință inventariată de MURRAY, poate sta la baza afirmării de sine, ca de altfel și dorința de a sluji idei politice, sociale sau religioase.

Persistența la maturitate a formelor de opoziționism juvenil denotă o imaturitate emoțional-afectivă și un comportament pueril, care se circumscriu sferei personalităților dizarmonice de un anumit tip. Instituirea autoafirmării ca scop în sine, cu eludarea exigențelor sociale, a „moralității", și indiferență față de mijloacele implicate (combativitate morbidă, agresivitate crescută, explozivitate, conduită socială manipulatorie, trafic de influență, mitomanie, exploatarea sentimentelor și slăbiciunilor celorlalți), constituie apanajul unor tulburări de personalitate (paranoiace, histrionice sau narcisiace), al unor psihoze delirante sistematizate (paranoia, parafrenia) sau afective (accese maniacale), sau al unor debilități mintale, reflectînd, în ultimă instanță, tot un mod de manifestare a patologicului.

344. **AFONIE** (cf. gr. *a-* ; *phone* „voce") ● Tulburare a limbajului oral, cu caracter temporar, constînd dintr-o scădere accentuată a intensității vocii, uneori pînă la dispariție. În patologia somatică, afonia apare în laringitele de etiologie infecțioasă, traumatică, neoplazică, de epuizare. În psihopatologie, terenul de elecție este isteria, în cadrul căreia se manifestă ca o conversie senzorială (FREUD afirmă că istericul „vorbește prin corpul său", convertind conflictele intrapsihice, durerea, suferința psihică, într-o suferință somatică). Afonia pitiatică apare ca un tip de mutism în care subiectul își mișcă însă buzele, încercînd prin mimica sa să explice faptul că nu poate vorbi. Uneori reușește să emită silabe, articulări neinteligibile. Sînt descrise : nictofonia — incapacitatea de a vorbi în cursul zilei și emerofonia — incapacitatea de a vorbi în cursul nopții, simptome evident isterice. Prin logopedie, psihoterapie persuasivă (acompaniată de manevre de apăsare a toracelui pentru ca, prin presiunea exercitată, aerul ieșit din căile respiratorii superioare în laringe să provoace emiterea unor sunete care conving subiectul că poate pronunța cuvinte), faradizări, terapie de convingere, precum și prin *„surpriză psihică"* — afonia dispare. Ea trebuie să constituie totuși un simptom de alarmă pentru că, uneori, sub eticheta de afonie isterică, se poate ascunde un debut de schizofrenie. Afonia trebuie diferențiată de mutismul isteric, care apare în urma unei emoții violente și este, de obicei, electiv, și de mutismul emoticnal, care apare la subiecții hiperemotivi fără stigmate isterice.

345. **AFORIE** (cf. gr. *aphoria* „sterilitate, neproductivitate") ● Termen practic nemaiutilizat astăzi în psihiatrie ; semnifică astenia și imposibilitatea de creștere a tonusului și a forței musculare prin exercițiu fizic. În concepția lui P. JANET, ar fi caracteristică neurasteniei.

347. **AFORISME HIPOCRATICE** ● Parte importantă a operei hipocratice, în care se găsesc o serie de aserțiuni privind bolile psihice. Deși prezentate în mod nesistematizat și grevate de doctrina zilelor critice și a crizei, unele aforisme surprind prin acuitatea observației. Exemple : „dacă delirul dispare prin somn este semn bun" (II/2), „oboseala spontană este semn de boală" (II/5), „epilepsia care apare înainte de pubertate își modifică aspectul ; cea care se ivește după 25 ani, se termină odată cu bolnavul" (III/30), „delirul care apare însoțit de vis este mai favorabil ; cel cu aspect serios — mai primejdios" (VI/53) etc.

347. **AFRADEIMIE** (cf. gr. aphron, „nebun" ; *deima* „teamă") ● Teama de bolnavul psihic pe care unii subiecți o încearcă în prezența acestuia ; se manifestă sub forme diverse, de la rezervă și distanțare pînă la o veritabilă fobie. Ca și în cazul fobiei, nu există o experiență nefavorabilă anterioară în cazul apariției acestei frici, care este, în fapt, o teamă de ininteligibil, neprevăzut și necunoscut. Deseori, există chiar o tendință de interpretare a unui act care îi apare subiectului observator ca insolit, ca aparținînd sferei patologiei psihice, ceea ce îi determină, în consecință, un comportament de respingere.

Afradeimia, destul de frecventă în diferite perioade istorice (culminînd cu Evul Mediu, perioadă în care teama a fost întreținută de dogma religioasă, luînd forme în care apărările colective au atins o maximă violență), a scăzut mult ca frecvență în perioada modernă, odată cu înțelegerea faptului că suferința psihică este o suferință ca oricare alta, dar și odată cu creșterea prevalenței și incidenței acestor afecțiuni.

Desigur că atitudinea antipsihiatriei, care prezintă boala psihică ca fiind un reflex social al afradeimiei și nu ca o realitate naturală, este exagerată și, de fapt, contrazisă de datele de etnopsihiatrie, care arată că grupul

Scanned with OKEN Scanner

identifică corect tulburarea psihică chiar atunci cînd există o toleranță maximă față de aceasta și cînd teama de bolnav este necunoscută.

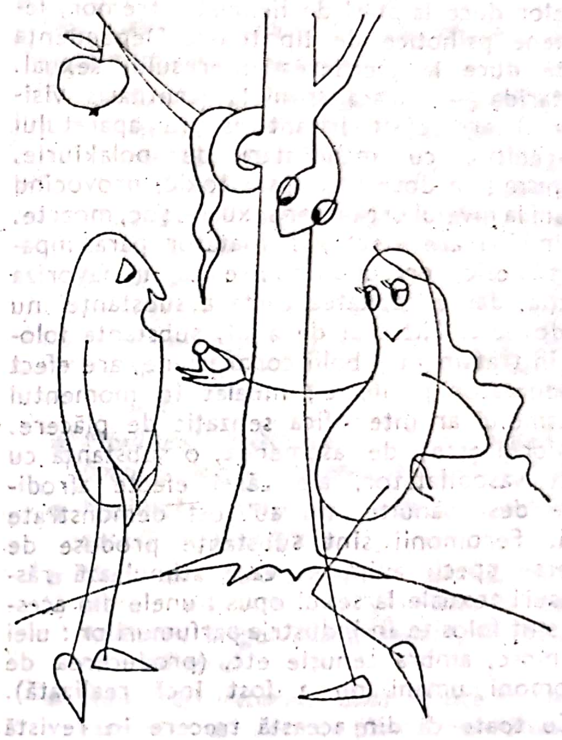
348. **AFRAZIE** (cf. gr. *a-* ; *phrasis* „exprimare") ● Tulburare de comunicare verbală constînd în imposibilitatea subiectului de a ordona corect din punct de vedere gramatical cuvintele în frază ; practic, incapacitatea de a construi fraze. Se întîlnește în oligofrenii, demențe, leziuni organice care interesează ariile vorbirii.

349. **AFRENIE** (cf. gr. *a-* ; *phren* „minte") ● Termen vechi care a încercat să definească absența/slăbirea facultăților intelectuale, înglobind atît oligofrenia cît și demențele. Denumirea nu mai este utilizată în condițiile în care și cei doi termeni pe care îi subsumează sînt deja prea generali.

350. **AFRODISIAC** (cf. gr. *aphrodisia* „referitor la plăcere sexuală") ● Substanță sau aliment care ar fi susceptibile de (sau ar realiza) o stimulare a activității sexuale. Deși nu s-a demonstrat încă existența unei relații directe între ingestia de substanță psihoactivă și răspuns, în sensul unei creșteri a performanțelor sexuale, pot fi luate în discuție mai multe substanțe :

● *Alcoolul* : în cantitate mică are un efect tranchilizant euforizant, ușurînd în această fază relațiile interpersonale. În cantitate mai mare, prin efectul depresor al sistemului nervos central, el diminuează marcat și performanțele sexuale.

● *Drogurile* : marijuana, susceptibilă de a fi afrodisiac, nu poate fi considerată ca atare, datorită răspunsurilor diferite pe care le provoacă, în funcție de subiecți. Dependența și consumul prelungit duc la impotență și frigiditate. LSD și drogurile psihedelice înrudite au fost inițial considerate ca avînd o acțiune stimulatoare asupra activității sexuale și în jurul anului 1960 s-a încercat folosirea lor în tratamentul homosexualității. În prezent, este clar că nu există nici o dovadă că aceste droguri ar avea o acțiune afrodisiacă. Amfetaminele, stimulatoare ale sistemului nervos central, au și un efect net favorabil asupra activității sexuale ; în anumite cazuri de frigiditate, administrarea lor are efecte favorabile în sensul posibilității realizării orgasmului, iar la bărbați provoacă priapism — erecție prelungită anejaculatorie — ; dar în cazuri de dependență la doze mari produce anerecție și impotență. Heroina are efecte inhibitorii asupra activității sexuale. Subiecții dependenți de acest drog desfășoară însă o activitate sexuală crescută prin prostituție, pentru a-și realiza în acest mod posibilitatea materială de procurare a drogurilor. După dezintoxicare se revine, în general, la o activitate sexuală normală.



● SUBSTANȚE PSIHOTROPE : cyclazocina — antagonist morfinic folosit în cura de dezintoxicare la subiecții dependenți de heroină ; are efect favorabil asupra activității sexuale, mai mult indirect decît direct, prin efectul de dezintoxicare. Metaqualone (Qualude), introdus în 1965 ca hipnotic sedativ nebarbituric a căpătat rapid reputația că ar avea efecte afrodisiace. Ulterior s-a dovedit că, din acest punct de vedere, ar avea efecte similare cu alcoolul : în doze mici, efectul sedativ diminuează inhibițiile, favorizează realizarea actului sexual, iar în doze mari este anafrodisiac, ducînd la impotență și frigiditate, după întrebuințarea prelungită apărînd fenomene de dependență.

● FENOTIAZINELE și BUTIROFENONELE : sînt deprimante ale activității sexuale prin efectul lor atropinic.

● ANXIOLITICELE : benzodiazepinele au efect favorabil asupra activității sexuale, prin diminuarea anxietății.

● ANTIDEPRESIVELE : au de asemenea efect favorabil secundar, normalizarea tulburărilor sexuale datorindu-se efectului ortotimizant, diminuării depresiei, a fenomenelor de inhibiţie psihomotorie.

● ALTE SUBSTANŢE : cocaina, in doze mici — efect euforizant, creşte libidoul ; repetarea dozelor duce la stări de nelinişte, tremor, fenomene psihotice de tip toxic. Dependenţa poate duce la pierderea interesului sexual. Cantarida — musca spaniolă (cantharis visicatoria) are efect iritant asupra aparatului uro-genital, cu manifestări de polakiurie, priapism ; în doze mari este toxic, provocind leziuni la nivelul organelor sexuale, şoc, moarte. Yohimbina are efect vasodilatator parasimpaticomimetic, presupunîndu-se că ar favoriza erecţia, dar eficacitatea certă a substanţei nu s-a dovedit. Nitratul de amil, substanţă folosită în tratamentul bolii coronariene, are efect vasodilatator periferic ; inhalat în momentul orgasmului ar intensifica senzaţia de plăcere. Camforul este, de asemenea, o substanţă cu efect vasodilatator, ale cărei efecte afrodisiace deşi bănuite, nu au fost demonstrate încă. Feromonii sînt substanţe produse de diverse specii animale, care stimulează răspunsuri sexuale la sexul opus ; unele din acestea sînt folosite în industria parfumurilor : ulei de mosc, ambra cenuşie etc. (producerea de feromoni umani nu a fost încă realizată).

Cu toate că din această trecere în revistă nu se poate desprinde concluzia (dorită) că există anumite substanţe cu efect favorabil cert asupra activităţii sexuale umane, tulburările de dinamică sexuală (TDS) nu constituie totuşi fenomene disfuncţionale incurabile, medicina dispunînd pentru tratarea acestora, de metode psihoterapeutice (terapie comportamentală etc.), tratament psihotrop ş.a.

351. **AFRODIZIE** (cf. gr. *aphrodisia* „referitor la plăcerea sexuală") ● Termen prin care se desemnează starea de hiperexcitaţie sexuală, resimţită de un subiect, nefiind neapărat un fenomen patologic, putîndu-se întîlni în mod normal în condiţiile unei anumite ambianţe, sau după o perioadă îndelungată de lipsă a activităţii sexuale.

352. **AFRODIZIOMANIE** (cf. gr. *aphrodisia* ; *mania* „nebunie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SATIRIAZIS.

353. **AFTONGIE** (cf. gr. *a* ; *phthongos* „voce") ● Afonie datorată închiderii spasomodice a glotei prin contractură intenţională a musculaturii laringelui. Apare ca nevroză profesională sau reacţie psihogenă. Imaginea laringoscopică este normală.

354. **AFTOZĂ BEHÇET**—sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET(S) sindrom ; GILBERT-BEHÇET — sindrom ; MAREA AFTOZĂ TOURAINS ; OCULO-BUCO-GENITAL(S) sindrom ; TRIPLUL SINDROM BEHÇET $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET(S) sindrom.

355. **AGALMATOREMAFOBIE**(F) (cf. gr. *a*; *galma* „statuie" ; *horan* „a vedea" ; *phobos* „frică") ● Teamă de statuile vorbitoare — termen cu evidente implicaţii poetice — vizînd mai mult o „rara avis" a psihopatologiei obsesive decît un fenomen curent. După unii autori s-ar întîlni în schizofrenie, ca o bizarerie în plus a acestei lumi parasimbolice.

356. **AGAPAXIE** (cf. gr. *agapè* „dragoste" ; *axia* „preţ, valoare, apreciere") ● Exprimă o reacţie emoţională nefiresc de amplă, fie în sensul suferinţei, fie al bucuriei, fiind un atribut al imaturităţii afective. (1)

357. **AGAPISM** (cf. gr. *agapè*) ● Tip de doctrină care supraevaluează principiul iubirii (nonerotice) pentru semeni. Stă la baza unor preocupări şi norme religioase şi morale, în cadrul unor curente şi mişcări (în fruntea cărora se aflau uneori bolnavi psihici, diagnosticaţi ca atare), dar poate fi, în anumite condiţii, şi un element de psihopatologie, apărînd în forme caricaturale în delirurile subiecţilor vîrstnici.

358. **AGASTRONEURIE** (cf. gr. *a-* ; *gastrer* „stomac" ; *neuron* „nerv") ● Termen reminiscent din epoca de aur a nevrozei de organ, utilizat pentru a circumscrie cît mai precis, dacă nu cauza, cel puţin locul nevrozei. A avut o oarecare circulaţie la finele secolului trecut, dovada constituind-o şi cele două sinonime ale sale : *neurastenie gastrică* şi *nevroză gastrică*. În prezent, toţi aceşti termeni prezintă numai interes istoric.

359. **AGEDAL**(M) Elveţia, Italia, R.F.G. — DCI *Noxiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-onă 0-/2-(dimetilamino)etil/oximă, cu acţiune antidepresivă medie, fără efecte sedative, de o bună toleranţă ; nu se asociază cu IMAO. Nu se administrează în deliruri acute, intoxicaţii acute.

360. AGELIE (cf. gr. *a-* ; *gelos* „rîs") ● Absență totală a rîsului (SENISE — 1941), însoțită de amimie. Este întîlnită în depresii majore, schizofrenie catatonică, reacții.

361. AGENEZICĂ — perioadă (cf. gr. *a-* ; *genesis* „naștere") ● Etapă a ciclului menstrual, improprie fecundației, anticonceptivă, situată ante- și postovulație (variabilă în funcție de psiho-morfologia feminină individuală), cu rol important în psihoterapia conjugală (parteneră fobică, anxioasă).

362. AGENEZIE — morală (cf. gr. *agenneia* „micimea sentimentelor, josnicie") ● Termen legat de concepția degenerescenței, utilizat în psihiatria secolului al XIX-lea, pentru a defini „absența completă a simțului moral" (FALRET) la personalități structurate dizarmonic, categorie care, după KRAEPELIN, îi include pe „ratații de la natură".

Deși termenul nu se mai folosește, el exprimă cu mare forță una dintre principalele trăsături ale dizarmoniilor de personalitate de tip antisocial : lipsa unui sistem axiologic coerent, raportat la normele și valorile sociale, și implicit, imposibilitatea unei adecvări terapeutice.

363. AGENT (cf. lat. *agere* „a face") ● Orice acțiune, intervenție, stimulare externă, internă sau mixtă (endo-exogenă), cu caracter tranzitoriu sau persistent, singular sau polimorf, soldată cu efecte pozitive (favorabile) sau negative (defavorabile) asupra organismului. În taxonomia medicală se descriu agenți patogeni de agresiune și de deteriorare, de natură infecțioasă, genetică, toxică, neuroendocrină, traumatică etc.

364. AGERAZIE (cf. gr. *a-* ; *geros* „bătrînețe") ● Totalitatea actelor prin care o persoană în vîrstă încearcă să-și creeze o aparență tinerească, neconformă vîrstei reale, expresie, în genere, a unui intelect de limită. Evidențiază și o discretă personalitate dizarmonică (inabilitate și inadaptare la noua situație). Capătă aspecte patologice în manie, și macabre în paralizia generală progresivă, demențe.

365. AGETRAN (MC) Brazilia ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiuni diferite, dar care se complementează :

- MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- RESERPINA(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia ;
- PAPAVERINA (M) — antispastic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică marcată.

366. AGEUZIE (cf. gr. *a-* ; *geusis* „gust") ● Absența în grade diferite a simțului gustativ. Se întîlnește frecvent ca formă de cecitate gustativă pentru gustul amar.

Poate avea la bază mai multe cauze :

- Modificare genetică :
  - 15—30% din indivizi nu percep sau percep foarte slab gustul amar, consecință a absenței unei perechi de gene alele, autosomale, care probabil controlează specific membrana receptorilor pentru gustul amar ;
  - absența mugurilor gustativi apare, alături de alte simptome, în disautonomia familială (sindrom Riley-Dery), boală ereditară, cu transmitere recesivă.
- Modificări datorate oricărui proces patologic local, inflamator sau tumoral.
- Modificări datorate lezării nervilor și centrilor gustativi.
- Modificări datorate unor tulburări endocrine : menstruația, graviditate, boala Addison, disgenezia gonadică, pseudoparatiroidismul.
- Modificări datorate unor toxice și medicamente : tetraetil de plumb, penicilina D.

În psihiatrie este întîlnită — fără a avea un suport organic — în depresii, isterie, schizofrenie.

367. AGIOFOBIE(F) (cf. gr. *agyia* „stradă largă" ; *phobos* „teamă") — sin. CHENOFOBIE(F) ● Frica de spațiul larg al străzii. Termenul se subsumează conceptului mai cuprinzător de AGORAFOBIE(F). Unii dintre subiecții care prezintă acest simptom sînt incapabili să traverseze strada neînsoțiți. Teama poate fi selectivă, referindu-se doar la anumite străzi sau chiar locuri de trecere → AGORAFOBIE.

368. AGIRIE (cf. gr. *a-* ; *gyros* „cerc") → sin. LISENCEFALIE.

369. AGITAT (cf. lat. *agitare* „a mișca") ● În psihiatrie — atribut al subiectului ce prezintă o dezorganizare globală a conduitelor motorii, concretizată în acte motorii necoordonate, cu desfășurare aleatorie, diferențiate după tablourile patologice de care depind. Subiectul al cărui tablou clinic este dominat de agitație necesită, de regulă, un tratament

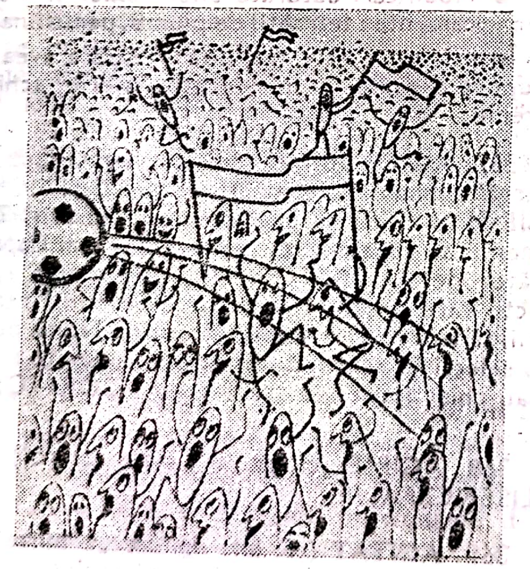
de urgenţă, intr-o clinică de specialitate şi, nu rareori, in secţii speciale, cu supraveghere strictă → AGITAŢIE.

370. AGITAŢIE (cf. lat. *agitare*) ● Dezorganizare globală a conduitelor motorii, corelată, de regulă, cu dezorganizarea ierarhizării instanţelor psihice. Se concretizează in acte motorii necoordonate, cu desfăşurare aleatorie, in pulsiuni instinctive sau afective, variabile după circumstanţele in care este observată. În general, pentru a cuprinde atit fenomenologia psihică (hiperactivitate psihică), cit şi cea motorie (hiperactivitate motorie), se foloseşte termenul de agitaţie psihomotorie. S-au descris trei grade de agitaţie :

- uşoară — sensul actelor este comprehensibil, coordonarea se păstrează ;
- medie — comprehensibilitatea şi coordonarea incep să se distingă mai greu ;
- gravă — coordonarea dispare, subiectul pierde controlul, cu posibilitatea producerii unor acte violente auto- şi heteroagresive distructive.

Etiologie :

- toxice exogene : intoxicaţii cu alcool, oxid de carbon, plumb sau intoxicaţii medicamentoase (ACTH, antibiotice, amfetamine etc.) ; întreruperea administrării unui medicament, sevraj la alcool, efecte secundare NL ;



- toxice endogene : insuficienţă respiratorie, hepatică, renală ;
- cauze infecţioase : meningoencefalite, TBC pulmonar, hepatită virală acută, gripe etc. ;
- cauze tumorale : tumori cerebrale ;
- cauze metabolice : diabet, avitaminoze etc. ;
- cauze endocrine : insuficienţa suprarenală acută, hipertiroidism, guşă toxică etc. ;
- afecţiuni cardio-vasculare : HTA, insuficienţă cardiacă ;
- status postoperator ;
- afecţiuni hematologice : leucemii, boala Vaquez etc. ;
- afecţiuni neurologice : lues cerebral, accident vascular cerebral, traumatism cranio-cerebrel, tumori, epilepsie ;
- deficite intelectuale : intirzieri mintale, demenţe ;
- endogenii : schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă ;
- psihogenii : reacţii, nevroze ;
- personalităţi cu tulburări in modul de structurare : tip instabil, exploziv, isteric.

În fiecare dintre entităţile nozologice psihiatrice enumerate, agitaţia are citeva trăsături specifice :

● *În sindromul confuzional* : debut brusc şi aspect tumultuos ; este semnificativă pentru o activitate eliberată de sub controlul pragmatic, traducind răspunsuri fragmentare la excitaţiile haotice ale onirismului.

● *În beţia acută* : se asociază cu logoree, cu oscilaţii intre jovialitate şi agresivitate. Crizele de furie, violenţă, suicid se intilnesc frecvent in beţia excitomotorie, beţia halucinatorie şi delirantă. În alcoolismul cronic, gelozia este adesea cauza violenţelor ca şi a tulburărilor de personalitate.

● *În demenţele senile* : este stereotipă, cu deambulări neintrerupte, manifestări verbale (subiecţii rid, pling, ameninţă) pe fond dismnezic, cu dezorientare şi anxietate. Subiecţii intreprind uneori tentative de autoliză, pe care nu le disimulează. Alteori, agitaţia este relativă, mai frecvent nocturnă, constind in gesturi stereotipe, cintece puerile etc.

● *Agitaţia idiotului* : este tipică, cu ţipete bruşte, ris năting, gesturi clastice etc. Uneori poate imbrăca aspectul unei agitaţii coleroase, soldate cu acte agresive. Imbecilul şi debilul mintal sint mai puţin inclinaţi spre stări de agitaţie.

● *În reacţiile nevrotice*, in tulburările de structurare a personalităţii (de tip instabil, exploziv sau isteric), unde apare, de obicei, tot reactiv, luind aspectul clasicei „crize de nervi", agitaţia se produce fără modificarea lucidităţii conştiinţei sau a conţinutului gindirii, „la un subiect care nu este nici confuz nici halucinant" (LAURAS). Exprimă intoleranţa la frustrare, dezorientarea individului

Scanned with OKEN Scanner

căruia îi scapă controlul unei situații și care tinde (mai mult sau mai puțin inconștient) să-i domine pe ceilalți prin acest mijloc spectacular (gesticualții dezordonate, lamentații teatrale, amenințări cu suicidul etc.).

• *În sindromul maniacal* : pare condiționată de un deficit crescut al inhibițiilor voluntare. Se desfășoară pe fondul excitației și al exaltării timiei, îmbracă un aspect ludic și degajat, însoțește fuga de idei. Uneori, după contrarieri sau suprimarea bruscă a medicației neuroleptice incisive, poate atinge cote maxime, realizînd tabloul „furiei maniacale".

• *În depresiile endogene* : apare la subiecți cu inhibiție psihomotorie anterioară, fără un motiv comprehensibil. Se manifestă printr-o dezordine motorie de mare violență cu tendințe auto- și heteroagresive, realizînd „raptusul melancolic".

• *În schizofrenie* : este imprevizibilă și incomprehensibilă, în absența incitațiilor din mediul extern. Vorbirea și actele bolnavului, pe lîngă caracterul dezordonat, au deseori și un caracter simbolic. Uneori agitația poate atinge nivelul așa-numitei „furii brutale", cu manifestări auto- și heteroagresive. Unii autori descriu în schizofrenie două forme de agitație :

— hebefrenică — seamănă cu agitația maniacală, dar sînt prezente fenomenele disociative în sfera gîndirii, discordanța mimică etc. ;

— catatonică — în care gesturile și actele subiectului sînt monotone și stereotipe („catatonicul se agită mult și vorbește puțin") ; survine în accese bruște, mai mult sau mai puțin durabile, alternînd, fără tranziție, cu inerția sau rigiditatea de statuie și poate fi periculoasă prin impulsurile clastice, agresive.

• *În epilepsie* : unele paroxisme comițiale de tip psihomotor au alură francă de automatism, cu debut și sfîrșit brusc, pe fond de tulburare a constituției. Este urmată de amnezia episodului respectiv. Atinge uneori o intensitate extremă („furie epileptică"), subiecții putînd comite acte de mare violență, și poate pune dificultăți reale de diagnostic (sub aspect medico-legal) cînd ia aparențe intenționale. Se manifestă și intercritic, cînd este determinată de incitații din mediu.

• *În paralizia generală progresivă* : se aseamănă cînd cu agitația maniacalului, cînd cu a delirantului halucinator.

• *În traumatismele cranio-cerebrale* : există comatoși agitați cu un comportament asemănător sindroamelor confuzionale grave.

• *În sindromul de impregnare neuroleptică* ; apare în cadrul formei hiperkinetic-hipertone ; se manifestă prin acatisie, tasikinezie.

Agitația a constituit întotdeauna o urgență psihiatrică și a ridicat probleme privind examinarea, transportul, supravegherea, protecția și tratamentul bolnavilor agitați. Agitația emotivă, reactivă, „criza de nervi" nu pune în aparență probleme majore privind conduita terapeutică, dar trebuie ținut seama de influența anturajului, aproape întotdeauna nefastă, putînd cultiva manifestările pitiatice. În acest caz, o internare de scurtă durată poate avea efecte salutare, simpla ambianță calmînd subiectul. Sedativele, tranchilizantele completează farmacologic conduita terapeutică.

Agitația din celelalte circumstanțe etiologice necesită de regulă, spitalizare obligatorie și tratament medicamentos, care vizează trei obiective : suprimarea sau diminuarea stării de agitație ; combaterea substratului etiologic ; menținerea funcțiilor organismului, prevenirea colapsului etc. Pentru primul obiectiv se utilizează NL sedative, tranchilizante, dozele și ritmul de administrare adaptîndu-se în funcție de vîrstă, tare preexistente, răspunsul la terapie etc. De reținut că în melancolia agitată se folosesc cu succes sedative majore (NL sedative) și hipnotice, iar în cazurile de manie cu agitație ușoară — litiu, precedat de NL. În stările confuzionale în care elucidarea etiologică este importantă, sedativele sînt indispensabile, dar dozarea lor trebuie făcută cu atenție, pentru a nu accentua confuzia. Supravegherea, monitorizarea, rehidratarea, bilanțul somatic au scopul de a preveni delirul acut hiperazotemic. În stările confuzionale din alcoolism se recomandă vitamino-terapie și tranchilizante în doze mari. Agitația din alcoolism poate beneficia, în mod aparent paradoxal, de acțiunea unor substanțe de tipul stricninei. Întîrzierile mintale grave cu agitație răspund la doze masive de NL și uneori la litiu. În cazul cînd agitația nu răspunde la psihotrope, se aplică tratamentul electroconvulsivant. Demența senilă beneficiază de terapie cu NL ușoare și măsuri care să evite desocializarea.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu crizele comițiale, diskineziile și hiperkineziile din boala Parkinson, cu coreea, atetoza (în toate există o implicație psihică secundară). Depășirea crizei de agitație trebuie urmată de dialogul terapeutic.

371. **AGITOFAZIE** (cf. lat. *agitare* ; gr. *phasis* „cuvînt") → TAHIFEMIA.

372. **AGLICOFAGIE** (cf. gr. *a-* ; *glykos* „dulce" ; *phagein* „a minca") ● Formă de cecitate gustativă pusă în evidență în 1940 de DAVIDENKOV ; este o anomalie gustativă, cu caracter ereditar ; gustul dulce nu este perceput ca atare, ci ca senzație neplăcută, însoțită de greață.

373. **AGLUTINARE** (cf. lat. *agglutinare* „a lipi") ● Formă majoră a viscozității mintale în epilepsie (SIVADON). Acest model de analogie cu procesele fizico-chimice subliniază dificultatea de adaptare și modelare în fața unor situații noi, precum și inerția plastică a gîndirii epilepticului.

374. **AGLUTINARE VERBALĂ** ● Juxtapunere a rădăcinilor cuvintelor, silabelor sau sunetelor, caracteristică primelor construcții verbale ale copilului înainte de vîrsta de patru ani. Copilul plînge în mod spontan, folosind acele foneme care-i sînt accesibile de pronunțat pentru a denumi obiectele către care i se orientează atenția sau interesul, fără a face a distincție între diferitele obiecte.

În mod patologic acest fenomen poate apărea în afaziile motorii (MONAKOW și MOURGUE), în care se produce o dezintegrare a limbajului.

375. **AGNOLET**[M] Grecia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one 1,1-dioxid ; considerat drept primul miorelaxant adevărat. Indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

376. **AGNOSTICISM** (cf. gr. *a-* ; *gnostos* „cognoscibil") ● Teorie gnoseologică axată pe ideea neputinței irevocabile a subiectului de a cunoaște absolutul — definit de către KANT drept „lucru din sine", realul în presupusa lui independență față de orice relație cu subiectul. Conform agnosticismului, orizontul cunoașterii este îngrădit din cauza limitelor de nedepășit ale universului fenomenal : aparențele obiectelor și evenimentelor reale, a căror autenticitate (ea însăși ipotetică) suferă în mod necesar deformări subiective, care o alterează în esență. Prin argumentele sale de netăgăduit împotriva dogmatismului contemplativ și încremenit cu suficiență în false certitudini, întemeiate pe principiul autorității sau pe premature evidențe, agnosticismul are meritul de a fi introdus în gnoseologie ideea revoluționară a rolului activ al subiectului în cunoaștere. Departe de a fi receptate din exterior sau date prin revelație ca atare, cunoștințele sînt elaborate constructiv de către subiect, care incorporează în propriile-i structuri impresiile receptate de simțuri. Eliberînd cunoașterea din chingile credinței deșarte în posesia definitivă a unor „esențe" atemporale, suprasensibile, absolute, transcendente etc., agnosticismul ipostaziază caracterul relativ al cunoașterii, postulînd o diferență ireductibilă între lucruri și imaginile lor subiective — ceea ce transformă izbînzile practice ale civilizației într-un mister, în umbra căruia se redeschide calea postulatelor obscurantiste privind armonia prestabilită între legitățile ascunse ale naturii și dialectica imanentă evoluției spiritului.

377. **AGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *gnosis* „cunoaștere)" ● Absența sau pierderea capacității de recunoaștere a obiectelor înconjurătoare, de identificare și definire a semnelor limbajului oral și scris, consecutivă lezării centrilor nervoși responsabili din cortex, în ciuda integrității organelor senzoriale periferice. În aceste condiții, se pot descrie agnozii ale fiecărui analizator, cele mai frecvent întîlnite fiind agnozia vizuală, auditivă, senzitivă și corporală. Agnoziile sînt prezente atît în clinica neurologică, cît și în cea psihiatrică, ceea ce face ca unii autori să le considere „elemente patologice de graniță", situate între neurologie și psihiatrie. Agnoziile sînt mult mai complexe decît par la prima vedere, pentru că ele nu implică numai analizatorul afectat, ci și procesele de cunoaștere și experiența acumulată de subiect.

Există numeroase încercări de clasificare a agnoziilor, în raport cu care prezentăm o variantă sintetică, rezultantă a șase clasificări anterioare mai frecvent utilizate (DELAY, AJURIAGUERRA și HECAEN, ARSENI și VOICULESCU, BOTEZ-ALEXANDRU, SENDOBROTĂ, CRITCHLEY, STENVERS) :

● *Agnozii tactile (astereognoziile)* :
— primare : ahilognozia, amorfognozia ;
— secundare : asimbolia tactilă.

● *Agnozii auditive globale și parțiale.*

● *Agnozii vizuale* :
— a obiectelor și imaginilor ;
— a fizionomiilor ;
— a culorilor.

● *Agnozii spațiale* :
— vizuo-spațiale ;
— audio-spațiale.

● *Agnozii de schemă corporală (asomatognaziile).*

● *Agnoziile tactile* (astereognoziile) — rezultă dintr-un defect de percepţie, care face imposibilă recunoaşterea obiectelor, în ciuda existenţei unei experienţe anterioare şi în absenţa unor leziuni ale etajului de recepţie sau a tulburării globale a conştiinţei. Agnoziile tactile pot fi primare şi secundare. Agnoziile tactile primare cuprind, la rîndul lor : ahilognozia (agnozia intensităţii), care face imposibilă diferenţierea calităţii obiectului examinat (grosime, greutate), şi amorfognozia (agnozia extensivităţii), care face imposibilă diferenţierea formelor obiectului examinat. Agnoziile secundare (asimbolia tactilă) fac imposibilă recunoaşterea semnificaţiei obiectului examinat, deşi pot fi descrise caracteristicile acestuia (grosime, greutate, formă, culoare).

● *Agnoziile auditive* — reprezintă un defect de percepţie care face imposibilă recunoaşterea senzaţiilor auditive (în condiţiile generale ale agnoziilor) ; sînt cel mai puţin frecvente (VOICULESCU), iar unii autori le consideră ca element tranzitoriu către halucinaţiile auditive (STENVERS). Necesită o diferenţiere netă de surditatea verbală (afazia receptivă). Agnoziile auditive pot fi : globale, nepermiţînd discriminarea sunetelor între ele şi a sunetelor de zgomote sau de cuvinte ; parţiale — agnozia muzicală (amuzia receptivă) şi agnozia zgomotelor.

● *Agnoziile vizuale* — reprezintă un defect de percepţie care face imposibilă recunoaşterea vizuală a obiectelor, persoanelor, culorilor, imaginilor (în condiţiile generale ale agnoziilor). Ele pot fi de mai multe feluri : agnozia obiectelor şi imaginilor, care face imposibilă recunoaşterea vizuală a unor obiecte ce pot fi, în schimb, identificate cu ajutorul altor analizatori, dar nu şi cu văzul, deşi există o experienţă anterioară ; agnozia fizionomiilor (prosopagnozia), care face imposibilă recunoaşterea fizionomiei unei persoane cunoscute anterior, care poate fi recunoscută însă cu alţi analizatori (exemplu : auzul vocii) ; agnozia culorilor în condiţiile existenţei unei experienţe anterioare. Agnoziile vizuale în corelaţie cu gîndirea simbolică sînt următoarele :

- alexia optică pură — incapacitatea citirii textelor scrise, cu localizarea leziunii în regiunea occipitală stîngă ; alexia optica-agnozică — însoţită de tulburări agnozice, cu localizarea leziunii în cortexul occipital ; alexia cu agrafie — cu localizarea leziunii în zona parietală ;
- acalculia — imposibilitatea citirii cifrelor şi a semnelor aritmetice ;
- agnozia imaginilor şi a figurilor geometrice — imposibilitatea recunoaşterii formelor geometrice elementare, a figurilor simple.

● *Agnoziile spaţiale* — reprezintă un defect de percepţie care face imposibilă orientarea în spaţiu (în condiţiile generale ale agnoziilor) ; ele pot fi de două feluri : agnozii vizuo-spaţiale, reprezentînd imposibilitatea orientării în spaţiu cu ajutorul analizatorului optic, ceea ce produce o dezorientare spaţială ; agnozii audio-spaţiale, reprezentînd imposibilitatea orientării în spaţiu cu ajutorul analizatorului auditiv.

● *Agnoziile de schemă corporală* (asomatognoziile) — rezultă dintr-un defect de percepţie care face imposibilă recunoaşterea bolii sau a unui organ sau segment bolnav (în condiţiile generale ale agnoziei). Sînt de mai multe tipuri :

- anozognozie — imposibilitatea recunoaşterii bolii ;
- anozodiaforie — indiferenţa faţă de boală sau minimalizarea ei ;
- anozomelie — negarea existenţei unui segment bolnav ;
- somatoparafrenie — confabulaţii legate de un segment bolnav ;
- autotopoagnozie — imposibilitatea localizării segmentului bolnav.

În cadrul agnoziilor de schemă corporală menţionăm :

- sindromul Anton-Babinski (hemiasomatognozia stîngă), constă în senzaţia de înstrăinare pînă la absenţă a hemicorpului. Este însoţită frecvent de interpretări delirante, cu caracter fantastic ;
- sindromul Gerstmann — agnozie digitală, dezorientare dreapta-stînga, tulburări de orientare spaţială, acalculie, agrafie, tulburări apraxice.

Agnoziile sînt prezente în psihiatrie rareori izolat, mai frecvent în asociere cu afaziile şi apraxiile, avînd valoare de diagnostic pozitiv şi diferenţial în demenţe → ALZHEIMER(B) boală, PICK(B) boală, DEMENŢE.

378. AGNOZIA EXTENSIVITĂŢII → sin. AMORFOGNOZIE.

379. AGNOZIE SEMANTICĂ TACTILĂ ● Formă particulară de astereognozie, descrisă de J. DELAY în 1935, caracterizată prin pierderea capacităţii de a recunoaşte obiectele prin palpare, cu toate că unele dintre calităţile acestora pot fi determinate corect (forma, greutatea, temperatura).

Este diferită de AHILOGNOZIE şi AMORFOGNOZIE.

380. AGORAFOBIE(F) (cf. gr. *agora* „piață publică" : *phobos* „frică") • Termenul a fost introdus în 1883 de neurologul german F. K. WESTPHAL (1833—1899), inițial sub numele de „fobia spațiilor deschise", care este una dintre cele mai vechi fobii descrise. Este frecvent întîlnită în psihiatrie, desemnînd teama sau indispoziția nemotivată care survine cînd individul se află în spații deschise sau goale (piețe publice, cîmpie, grădină etc.) și care dispare cînd individul părăsește aceste locuri. În sens extensiv, frica de a trece strada sau de a se amesteca în mulțime, definește așa-numita „teamă de străzi" sau „angoasa străzilor", frecvent întîlnită la femei. Persoana nu părăsește locuința decît însoțită, eventual de cineva din anturaj.

Pentru unii autori agorafobia reprezintă în fapt o teamă situațională care nu se referă la spațiul propriu-zis, ci la consecințele pe care le poate avea asupra imaginii despre sine a subiectului, apariția manifestărilor de anxietate în public.

Agorafobia apare în nevroze fobice, obsesionale, la personalități psihastenice și, pasager, în cursul unei depresii.

381. AGORATERAPIE (*cf. gr. agora ; therapeia* „îngrijire") • Denumire pe care BRÂNZEI (1976) o atribuie unei forme de socioterapie „polimorfă deschisă", constînd în psihoterapie recreativă (film, program artistic), la care participă subiecții internați și remiși, familiile lor, personalul medical, și care favorizează crearea unei ambianțe „compasive", similare vechiului model de apartenență „comunitară" ce permite foștilor și actualilor bolnavi „defularea catharctică".

Subiecții sînt astfel stimulați să-și comenteze propria condiție umană, de obicei prin invitația de a discuta inițial despre modul în care sînt îngrijiți, calitatea hranei din spital etc. Se poate obține un dialog spontan din partea unor subiecți reticenți pînă atunci, agoraterapia avînd uneori virtuți mai stimulative decît psihoterapia individuală sau anumite forme de psihoterapii de grup.

382. AGOSTINE(M) Belgia — DCI *Bromperidol* • Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

383. AGRAFESTEZIE (cf. gr. *a-* ; *graphein* „a scrie" ; *aisthesis* „senzație") • Imposibilitatea de percepere clară, diferențiată, și de recunoaștere a semnelor trasate pe tegumentele subiectului de către examinator, în absența utilizării analizatorului vizual.

384. AGRAFIE (cf. gr. *a-* ; *graphein*) • Incapacitatea de a comunica idei prin scris, componenta motorie a scrisului și intelectul subiectului fiind intacte. Constituind o formă de apraxie, a fost descrisă în 1881 de EXNER sub forma agrafiei pure. HENSCHEN descrie, pentru prima oară, agrafia corespunzătoare leziunilor anatomice pe care le identifică în mai multe regiuni ale creierului. Considerat drept „simbol al simbolurilor", scrisul reprezintă modalitatea prin care vorbirea este transpusă într-o formă vizualizată. Limbajul vorbit, alături de cel interior, exprimă în modul cel mai direct procesele gîndirii, iar tulburările limbajului afectează implicit ambele forme ale acestuia (vorbită și scrisă). Actul scrisului presupune o anticipare secvențială a gîndirii logice, a limbajului intern, a factorului somatomotor și a celui material tehnic, deci o mobilizare intelectuală superioară limbajului oral. După modul în care se produce, scrisul poate fi spontan, copiat, după dictare și automat. Scrisul și cititul se intercondiționează obligatoriu, omul fiind capabil, în mod normal, de o scriere de 4—5 ori mai lentă decît vorbirea. În agrafie, scrisul suferă diverse distorsionări, aparent dezordonate, diferit proporționate, incomplete, disritmice, „obosite", cu greșeli de ortografie, reduplicări, cu tulburări gramaticale și semantice, paragrafie (cuvinte false), neologisme, rime, scris întrerupt și cuvinte lipsite de sens. Actul scrisului nu presupune participarea unei singure formațiuni nervoase (de exemplu : girusul angular) din emisfera dominantă, ci și a altor zone : regiunea limbajului scris, sistemele constructive optico-spațiale, sistemele de coordonare a mușchilor implicați în scris și organizarea practică a acțiunii motorii. Formele clinice au fost diferențiate după criteriul localizării leziunii la nivelul sistemului nervos, neurofiziologic, clinic sau după criterii mixte. Astăzi se descriu următoarele forme de agrafie :

- agrafia din afazia Wernicke : scrisul spontan este perturbat, reflectînd afectarea profundă a limbajului interior, corespunzător leziunii temporo-posterioare stingi; scrisul copiat și după dictare este conservat și apar elemente de paragrafie, jargonografie. HECAEN descrie, în acest sens, o agrafie aparținînd afaziei expresive, afaziei senzoriale, și una aparținînd sindromului parietal ;

- agrafia optică, însoţită de alexie, este inclusă în grupul agnoziilor vizuale şi corespunde leziunilor lobului occipital ;
- agrafia constructivă parietală (KLEIST) sau agrafia apraxică, în care lipsesc alexia şi modificarea limbajului interior, fiind consecutivă unor tulburări ce afectează mobilitatea membrelor şi constînd în defecţiuni de integrare vizuo-spaţială a literelor, cuvintelor, desenelor ; este o componentă a sindromului Gerstmann (apraxie digitală, agrafie dreapta-stinga, acalculie şi agrafie pură) ;
- agrafia dispraxică a corpului calos, care aparţine agrafiei ideo-motorii ;
- agrafia pură, care nu este însoţită de alte simptome şi este o consecinţă a leziunii situate la nivelul circumvoluţiunii F_2 stîngi.

Un alt criteriu de clasificare este nivelul de dezintegrare a comunicării prin scris, în conformitate cu care agrafia se clasifică în :

- absolută, incapacitatea totală de a comunica prin scris (coexistă cu afazia) ;
- acustică, imposibilitatea de a scrie după dictare (coexistă cu afazie) ;
- literară, chiar litere izolate devin imposibil de scris (coexistă cu afazia).
- psihică, dificultatea, pînă la totală abolire, a capacităţii de exprimare în scris, datorită unor factori psihici sau emoţionali ; este pur voluntară şi reprezintă, de fapt, echivalentul mutismului. Subiectul are facultăţile psihice şi dexteritatea pe deplin intacte, dar evită să scrie cînd i se cere ; în depresia de involuţie, subiecţii sînt incapabili să realizeze o comunicare în scris, dar această inhibiţie are un caracter fluctuant, paralel cu evoluţia depresiei ;
- muzicală, incapacitatea de a scrie semnale de notaţie muzicală ;
- optică, imposibilitatea de a copia un text (coexistă cu afazia) ;
- verbală, lipsa posibilităţii de scriere a cuvintelor (conservată pentru litere sau silabe).

Sînt descrise şi o agrafie dobîndită prin pierderea capacităţii de a scrie, generată de un traumatism sau afecţiune cerebrală, precum şi o agrafie congenitală, constînd din dificultatea pe care o prezintă subiectul în învăţarea scrisului, în flagrantă dizarmonie cu celelalte aptitudini intelectuale ale individului.

Etiologia agrafiei este, cel mai frecvent, vasculară, prin interesarea arterei cerebrale medii stîngi, dar şi prin procese traumatice şi tumorale ce afectează regiunea temporo-parietală. Evidenţierea clinică a agrafiei se poate face prin teme cu grade diferite de dificultate date subiectului (nume, adresa, dictare, copiere, compunere după un subiect liber, scriere spontană), în scopul evaluării nivelului de deficienţă. Pentru psihiatru, importanţa cunoaşterii fenomenului de agrafie este semnificativă, deoarece se impune uneori diferenţierea de fenomene grafo-patologice de tipul paragramatismelor şi neogramatismelor etc., întîlnite frecvent în schizofrenie, paranoia, în stări de nedezvoltare cognitivă şi în demenţe.

385. **AGRAMAFAZIE** (cf. gr. *a-* ; *gramma* „literă" ; *phasis* „vorbire" ; vezi şi lat. *agrammatos* „incult") ● Modalitate de comunicare verbală incorectă, neglijînd total formele gramaticale. Termenul a fost utilizat anterior celui de AGRAMATISM. În prezent, este inclus în acesta, iar tentativa de a-l menţine pe cel de AGRAMAFAZIE şi de a-l diferenţia de agramatism, în sensul de necunoaştere anterioară a exprimării corecte (cazul subinstrucţiei, inculturii), a eşuat (eventual, numai inversarea sensului celor doi termeni ar putea răspunde mai bine acestui deziderat). Prin AGRAMATISM, în sens psihiatric, sînt denumite ambele situaţii : cea datorată deficienţei de instrucţie şi cea consecutivă bolii, deşi în vorbirea curentă agramatismul este considerat o urmare a lipsei de instrucţie → AGRAMATISM.

386. **AGRAMATISM** (cf. gr. *a-* ; *gramma* „literă") ● Formă de afazie reprezentînd o încălcare de proporţii a normelor elementare de gramatică sau, mai corect, neglijarea totală a regulilor gramaticale. Termenul a fost introdus în 1878 de KÜSSMAUL, sub numele de ACATAFAZIE, pentru a descrie stilul telegrafic — un limbaj rapid, ignorînd regulile gramaticale. A fost preluat apoi de STEINTHAL şi studiat de PICK (1913) şi KRAEPELIN, pentru care agramatismul desemnează tulburările de ordonare verbală temporo-spaţială a gîndirii.

Astfel, s-a observat că substantivele sînt utilizate în exces, iar verbele la infinitiv ; articolele, conjuncţiile sînt neglijate, ordinea cuvintelor în propoziţie se inversează, se fragmentează fraza şi chiar întregul discurs, prin intercalarea asociaţiilor libere. Agramatismul nu are semnificaţie patologică la copil, în perioada de formare a limbajului, dar poate constitui, ulterior, un semn de întîrziere în dezvoltarea acestuia. Cu precădere la debilii mintali deşi este relativ independent de nivelul

Scanned with OKEN Scanner

intelectual), agramatismul este uşor sesizabil prin slaba cunoaştere a semnelor grafice. Cel mai frecvent, agramatismul se observă în boala Alzheimer şi boala Pick, ca şi în cazul evoluţiei regresive a afaziei, motiv pentru care unii autori (HEAD, de exemplu) îl consideră o afazie sintactică.

387. **AGREABILE(II) halucinaţii** (cf. fr. *agréable* „agreabil") ● Fenomene de tip halucinator care, prin conţinutul lor senzorial şi, mai rar, tematic, produc subiectului plăcere şi uneori dorinţa de repetare a episodului halucinator. Acest tip de halucinaţii este mult mai puţin frecvent decît alte tipuri, în marea lor majoritate terifiante şi implicit generatoare de anxietate.

Dintre modalităţile senzoriale de apariţie se pot cita:

● halucinaţiile vizuale (estetice, feerice, policrome) ;

● halucinaţiile auditive (muzicale, încurajatoare) ;

● halucinaţiile olfactive (arome exotice plăcute) ;

● halucinaţiile genitale (generatoare de senzaţii erotice).

Circumstanţele de apariţie pot fi delirurile mistice, parafrenia, intoxicaţii cu droguri halucinogene (LSD, opium, cloral, cocaină). În intoxicaţiile amintite se notează uneori fenomenul de sinestezie, resimţit în mod plăcut de subiect. O notă particulară o au halucinaţiile din psihozele de inaniţie şi sete, în care subiecţii au viziunea halucinatorie a unor mese bogate — adevărate orgii culinare, depăşind în fast şi abundenţă pe cele romane — de care subiecţii nu aveau însă cunoştinţă anterior experienţei halucinatorii.

388. **AGRESIUNE** (cf. lat. *aggresio* „atac") ● Atac asupra unei persoane, obiect sau instituţie, însoţit de sentimentul de ură, de dorinţa de a face rău ; se realizează prin intermediul forţei.

389. **AGRESIVITATE** (cf. lat. *aggresio*) ● Ansamblu de conduite ostile care se pot manifesta în plan conştient, inconştient, fantasmatic, în scopul distrugerii, degradării, constrîngerii, negării sau umilirii unui obiect investit cu semnificaţie, conduite resimţite ca atare şi neprovocate de acesta. Agresivitatea este caracteristică relaţiilor interumane, registrul ei de manifestare întinzîndu-se de la atitudinea pasivă de indiferenţă refuz de ajutor, ironie, tachinare, pînă la atitudinea de ameninţare şi acte de violenţă propriu-zise. În sens extensiv, agresivitatea desemnează o caracteristică generală a organismelor vii, referitoare la excitabilitate şi la activităţile de explorare necesare satisfacerii trebuinţelor fundamentale (alimentare, de apărare, sexuale). În sens restrins, raportat exclusiv la fiinţa umană, obiectul agresivităţii poate fi chiar propria persoană (auto-agresivitatea), ca în conduitele auto-distructive întîlnite în tulburări psihice sau chiar în afara lor (→ SUICIDUL RAŢIONAL). Nu este vorba despre agresivitate atunci cînd victima unui comportament vătămător nu îl evită, ca în cazul sado-masochismului, unde, de altfel, poate exista chiar componenta de provocare intenţionată din partea celui care constituie obiectul acestui comportament.

Manifestările agresivităţii umane sînt extrem de diverse (implicînd participarea persoanei la diferite niveluri: pulsional, afectiv, atitudinal, comportamental), nefiind limitate doar la cele cu consecinţe negative. Parte integrantă a naturii umane, agresivitatea include şi dinamismul unei persoane angrenate în lupta constructivă de autoafirmare, aptă de a depăşi dificultăţile vieţii, ca şi tendinţele spre satisfacerea nevoilor sale vitale. Accepţiunea modernă a agresivităţii acordă o importanţă deosebită socio-genezei, subliniind relaţia de implicare a individului în raport cu ceilalţi atît în cazul agresivităţii normale, cît şi al celei patologice. Chiar şi în cazul suicidului la schizofreni, autori, de obicei, ai unor acte agresive absurde, intervine de multe ori trăirea dramatică a conştientizării defectului, a incapacităţii de a mai fi ca înainte de boală şi la fel cu ceilalţi (→ OMORUL PATOLOGIC al acestora constituie însă o situaţie limită de manifestare a agresivităţii patologice).

Complexitatea şi întrepătrunderea sensurilor termenului de agresivitate sînt sugestiv exprimate de familia de cuvinte utilizate pentru a le defini: agresiune (atac neprovocat) ; agresiv (ofensiv, provocator, energic, perseverent, stăruitor, întreprinzător) ; agresivitate (comportare agresivă). În dicţionarul pe care-l editează WOLMANN, citează pentru termenul *aggressiveness* din engleză („agresivitate") următoarele accepţiuni: tendinţă de a arăta ostilitate prin îndeplinirea de acte de agresiune ; tendinţa de a depăşi opoziţiile, de a se autoafirma promovînd propriile interese ; comportament întreprinzător, energic ; tendinţa de a fi dominator într-o situaţie socială.

Teoriile asupra originii agresivităţii se întemeiază pe mai multe ipoteze : biologică (neurobiologică, endocrină, instinctuală şi teoria agresiunii ca rezultat al frustrării), etologică şi socio-genetică.

Modelul neurobiologic porneşte de la premiza de necontestat a reacţiilor celulei vii la stimulii din mediu, care pot oferi un model „miniatural" (BERNARD, TROUVÉ) al comportamentului agresiv. Sintetizînd datele fiziologiei nervoase, acest model oferă o explicaţie greu de contestat cu argumente ştiinţifice. Funcţionalitatea sistemului nervos (bazată pe mecanismele de depolarizare/repolarizare, de transmitere trans-sinaptică a influxului nervos, prin intermediul neuromediatorilor, pe jocul proceselor de excitaţie/inhibiţie), ierarhizată prin integrări succesive la diferite niveluri de complexitate, asigură mecanismele de adaptare ale organismului menite să menţină o permanentă homeostazie internă şi externă a acestuia. Agresivitatea ar fi, în sensul cel mai profund biologic, un mijloc extrem de adaptare, care ar sta la baza stărilor emoţionale negative, de ură sau de furie (SOULAIRAC şi KOURILSKY). Modularea răspunsurilor vegetative, instinctuale şi automate (integrate în hipotalamus), este efectuată la nivelul rinencefalului (sistemul limbic), care permite atît stocajul mnestic al experienţelor trăite anterior, cît şi apariţia unor nuanţări afective ale acestor trăiri. Comportamentele agresive vor reprezenta astfel exteriorizări ale unor stări de afect, mai mult sau mai puţin elaborate, exteriorizări în care sînt implicate, în grade diferite, şi celelalte funcţii ale psihismului.

Lucrările privind rolul glandelor endocrine asupra agresivităţii au demonstrat influenţa hormonului masculin în declanşarea agresivităţii la vertebrate (J. G. VANDENBERG). F. H. BRONSON şi C. DESJARDINS (1971) indică rolul testosteronului în manifestarea comportamentului combativ la adult. După K. E. MOYER, agresivitatea poate fi manipulată prin modificări endocrine, iar controlul unui comportament agresivo-indezirabil se poate face prin înlăturarea factorilor de mediu generatori de frustrare, prin învăţare şi educaţie, prin modificarea condiţiilor fiziologice care facilitează răspunsul agresiv (medicamente, hormoni, stimulări sau leziuni cerebrale).

În modelul psihanalitic, noţiunea de pulsiune de agresiune apare în 1908 (ADLER) şi 1920 (FREUD). În „Dincolo de principiul plăcerii", FREUD introduce noţiunea de pulsiune a morţii *thanatos*, care se opune pulsiunii vieţii şi tinde spre reducerea completă a tensiunilor şi întoarcerea la starea anorganică. Agresivitatea ar rezulta din jocul dintre eros şi thanatos, aidoma comportamentului uman în general, şi ar fi o redirecţionare spre exterior a thanatosului (prin mecanismul deplasării), din necesitatea individului de a se autoproteja. ADLER consideră agresivitatea ca o aspiraţie general-umană, un factor indispensabil vieţii. Ar fi o pulsiune ce urmăreşte depăşirea propriilor sentimente de inferioritate şi dorinţa de putere. Masochismul sau autodepăşirea sînt considerate ca forme de agresivitate convertită. M. KLEIN admite existenţa primitivă a iubirii şi urii în conflict încă de la începutul vieţii copilului. K. ABRAHAM pune în evidenţă componentele agresive şi relaţia ambivalentă cu obiectul în stadiile libidinale. W. REICH descrie agresivitatea ca rezultantă a frustărilor sexuale. Pentru H. A. MURRAY, agresivitatea este o trebuinţă de a învinge opoziţia prin forţă sau de a lupta, a pedepsi, chiar a suprima (uneori din răzbunare).

Oricare ar fi interpretările sau prelucrările teoretice, cea mai preţioasă contribuţie a psihanalizei constă în observarea infinitelor modalităţi de manifestare a agresivităţii, în explicarea destinului pulsiunii agresive, care poate fi transformată în energie adaptativă sau poate fi generatoare de boală.

H. HARTMANN, E. KRIS şi M. LOEWENSTEIN disting patru tipuri de procese care modifică impactul agresivităţii : deplasarea spre alte obiecte, restrîngerea scopurilor agresive, intricaţia cu libidoul, sublimarea agresivităţii.

Sublimarea agresivităţii pune la dispoziţia Eului o energie neutră, ce poate fi întrebuinţată în activitate şi adaptare. Experienţa psihoterapeutică demonstrează că anularea defenselor patogene are consecinţe directe asupra activismului persoanei în cauză. Sublimarea agresivităţii este observabilă deci la omul normal în activitatea reală (muncă, joc, competiţie, alegerea profesiunii), în producţii imaginare (vis, producţii artistice).

Inhibiţia agresivităţii poate duce la : amabilitate reacţională, inhibiţia sexuală — la subiecţi care percep actul sexual ca pe o agresiune, inhibiţie a muncii — la subiecţi pentru care orice activitate este o agresiune, inhibiţii sociale — la persoane guvernate de teama de a pierde afecţiunea, apatie, boli psihosomatice şi tulburări psihice. În această teorie apare astfel ideea că bolnavul psihosomatic nu fantasmează, ci somatizează impulsiunile agresive. După opinia psihanaliştilor, analiza decelează astfel agresivitate refulată în afecţiuni psihosomatice ca : ulcerul gastro-duodenal, rec-

tocolita ulcero-hemoragică, infarctul, hipertensiunea arterială, manifestările alergice, psoriazisul etc.

Teoria frustrației, elaborată de W. SCOTT și J. DOLLARD (teoria reactivă, 1933), preia o idee a lui FREUD, considerînd agresivitatea ca rezultat al blocării din exterior sau al frustrării, care împiedică pulsiunea vitală de a-și realiza scopul. În fața frustrării, subiectul reacționează fie prin agresivitate, fie prin opusul ei (de exemplu, răceala afectivă a copilului, ca revoltă față de părinți), ambele eventualități fiind un răspuns substitutiv. Dacă, la rîndul ei, agresivitatea este blocată în exprimare, ea poate fi direcționată spre un nou substitut sau orientată spre sine, devenind autoagresivitate. N. E. MILLER nuanțează acest mecanism, specificînd că numai în anumite condiții frustrarea declanșează agresivitate.

Ipoteza etologică, nu poate fi aplicată agresivității umane decît sub rezerva unei corespondențe genetice, asupra ei acționînd însă „influențele formatoare ale individului sociocultural" (LABORIT); această ipoteză trebuie menționată însă pentru tentativa celui mai ilustru reprezentant al ei, K. LORENZ, de a concepe agresivitatea ca un instinct al luptei, dezvoltat filogenetic, care se exprimă în comportamente agresive, sub influența unor stimuli din mediu ce o pot astfel modela. N-ar fi vorba numai de o energie instinctuală a agresivității, acumulată periodic într-un ritm cu o anumită rată, ci și de o descărcare a acesteia, modulată în bună măsură de mediu, de unde concluzia unui posibil „control" al agresivității prin dirijare, prin învățare din exterior (coabitarea de timpuriu a cîinilor cu pisicile, a tigrilor cu antilopele etc.). Agresivitatea la speciile de animale este doar adaptativă, fiind — spre deosebire de om — practic absentă între membrii aceleiași specii și lipsită de unul dintre atributele specifice umane, violența.

Datele etologice fructificabile în studiul agresvității umane privesc :

- motivele principale ale actelor agresive : frustrarea unei nevoi, competiție sexuală, apărarea teritoriului ;
- conduitele menite să inhibe agresivitatea virtualului agresor : atitudinea de supunere, atitudinea infantilă (de neajutorare, de slăbiciune), atitudinea de seducție în scop nonsexual, acordarea de îngrijiri corporale etc. ;
- derularea unor comportamente specifice de luptă sau amenințare, în absența unui stimul extern, ca un comportament instinctual.

În cursul filogenezei speciilor, se poate observa importanța agresivității pentru perpetuarea acestora (exemplul clasic este lupta pentru apărarea teritorialității, ca spațiu de supraviețuire și de maximă concentrare a resurselor alimentare, sau competiția sexuală la masculi). Avînd în vedere că reacțiile în fața obstacolelor externe, generatoare de frustrare, pot fi de supunere, de evitare sau de luptă, este posibilă considerarea comportamentului agresiv ca un comportament adaptativ. Cu toate acestea, interpretarea antropomorfizantă a comportamentului animal poate fi echivocă. Speciei umane îi este caracteristică diversificarea modurilor de manifestare a agresivității, consecință firească a complexității psihismului uman. Astfel, agresivitatea umană opune mecanismelor ofensive („fight"), care susțin atitudinea generală în fața vieții, pe cele defensive („flight"), ele fiind utilizate alternativ.

Teoriile socio-genetice (L. BERCOWITZ, K. HORNEY, R. N. GOLDENSON) consideră agresivitatea ca un rezultat al învățării în decursul propriei existențe, care întărește răspunsurile agresive, prin eventuale rezultate pozitive obținute anterior, și care îl determină pe individ (acționînd singur sau în grup) să anticipeze aceste rezultate prin noi acțiuni agresive sau prin canalizarea sensului comportamentului agresiv în funcție de exigențele mediului social. Aceste teorii par mai realiste decît cele instinctuale, oferind și o cale de combatere a agresivității prin acțiuni de asanare socială, prin implantarea individului într-un mediu sănătos etc. POPESCU-NEVEANU vorbesc de o agresivitate secundară, determinată social (insatisfacții personale, carențe afective, blazare, devalorizare, modele din subculturi delictuale, educație negativă), prin inadaptare sau adaptare socială negativă, care se poate manifesta prin reacții hetero- sau autoagresive. E. FROMM, considerînd agresivitatea dintr-o perspectivă antropologică, vorbește de agresivitate benignă și malignă. Agresivitatea benignă este biologic-adaptativă, reacțională și defensivă, în serviciul vieții, constituindu-se ca un răspuns la amenințările vitale ; este programată filogenetic, fiind întîlnită și la animale. Condiția diminuării ei ar fi ca „nici indivizii, nici grupurile să nu fie amenințate de alții, prin instaurarea unui sistem care să garanteze tuturor satisfacerea necesităților fundamentale". S-ar realiza prin reducerea „narcisismului de grup" și prin schimbări sociale de la tipul „control-orientare-putere" spre viața însăși, cu necesitățile ei firești, de la „a avea și a acumula,

la a fi şi a împărtăşi". Agresivitatea malignă este biologic-neadaptativă, distructivă, neprogramată filogenetic şi ofensivă, caracteristică omului. Se manifestă prin cruzime şi omor. Deşi nu reprezintă un instinct, este o „posibilitate umană înrădăcinată în însăşi condiţiile existenţei umane". O inventariere a factorilor cauzali enumeraţi, ar putea duce la clasificarea lor schematică în :

- sociali (frustraţia — al cărei rol a fost revizuit şi mult diminuat, în ultimul timp, provocarea fizică sau verbală, expunerea la modele de agresivitate propagată îndeosebi prin mass-media) ;
- de mediu (zgomotul, căldura, aglomeraţia, cresc agresivitatea) ;
- situaţionali ;
- agenţi activi biologic (alcoolul, drogurile).

La individul normal, agresivitatea se poate manifesta într-o multitudine de atitudini : evitarea, ironia, tachinarea, refuzul de a înţelege sau de a ajuta pe altul, opoziţionismul pasiv sau activ. Alte forme de agresivitate ar rezulta prin deturnarea (redirecţionarea, după N. TINBERGEN) conflictualităţii (K. LORENZ) în stare latentă, impiedicind astfel exprimarea directă a agresivităţii. O reducere prin dirijare pozitivă a agresivităţii se poate realiza prin : acceptare raţională a frustraţiei ; canalizarea în acţiuni constructive, pozitive, socialmente utile (inteligenţa, elanul creativ, după unii) ; antrenarea în activităţi competitive (sport, muncă în echipă) sau reactivarea unui hobby.

Agresivitatea clinică însoţeşte manifest sau nemanifest, conştient sau inconştient, reactiv sau, mai rar, primar, inteligibil sau ininteligibil — toate tablourile psihiatrice.

Manifestările clinice ale agresivităţii apar la personalităţile structurate dizarmonic, prin bruscheţea şi brutalitatea reacţiilor de scurtcircuit sau indiferenţa şi răceala afectivă cu care sînt comise acte de mare violenţă. La copil şi adolescent tulburarea de comportament se însoţeşte de negativism, terorizarea anturajului, abuzuri verbale, neacceptarea normelor sociale, egocentrism, moduri manifeste sau echivalenţe de manifestare a agresivităţii, ca şi tulburarea de personalitate pasiv-agresivă, în care agresivitatea este prezentă sub forma ineficienţei voite, a amînării, a încăpăţînării.

Personalitatea antisocială, prin caracterul ei anetopat, marcat prin absenţa identificării cu un altul şi a culpabilităţii, ca şi personalităţile dizarmonice de tip impulsiv, au în mod particular un mare potenţial agresiv. O formă de manifestare a agresivităţii este raptusul (exploziv, epileptic, melancolic, catatonice hetero- sau autoagresiv. Furorul epileptic şi maniacal, ca şi iritabilitatea (prezentă în toate bolile psihice, de la neurastenie pînă la deteriorare şi demenţă), constituie extreme posibile ale intensităţii agresivităţii clinice. Încărcătura agresivă şi ambivalentă apare în simptomatologia obsesională, deplasarea şi proiecţia agresivă în fobii, agresivitatea erotizată la perverşii sado-masochişti, agresivitatea în excitaţia sau agitaţia psihomotorie din manie, schizofrenie, sindroamele de sevraj toxic, demenţe, oligofrenii, autoagresivitatea în suicidul depresivului psihotic. Pe lîngă terapia biologică, sub toate formele ei, metodele psihoterapice (de grup, de joc), ocupaţionale, ergoterapice şi recreaţionale sînt indicate în tratarea agresivităţii clinice. La psihopaţii cu decompensări frecvente, manifestate prin agresivitate, autoagresivitate, schizofrenii cu defect psihopatoid heteroagresiv, se utilizează uneori psihochirurgia ; pentru bolnavii cu mare periculozitate socială şi lipsiţi de discernămînt, se aplică tratamentul psihiatric în condiţiile măsurilor medicale de siguranţă indicate printr-o expertiză medico-legală psihiatrică.

390. **AGRESOLOGIE** (cf. lat. *aggresio* „atac"; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Termen propus de MOSINGER în 1950 pentru a desemna o disciplină ştiinţifică cu caracter medical, care să se ocupe de efectele şocului asupra organismului uman.

391. **AGRIOTIMIE** (cf. gr. *agrios* „crud, fioros" ; *thymos* „spirit") ● Ura patologică, ferocitatea, impulsul real spre distrugere brutală. TUKE, citat de HINSIE şi CAMPBELL, descrie cîteva forme de agriotimie : ambiţioasă, hidrofobică, religioasă. În genere, atît termenul ca atare, cît şi cei derivaţi nu prezintă decît un interes istoric, ei nemai fiind utilizaţi în prezent.

392. **AGRIPNIE** (cf. gr. *agrypnia* „insomnie, veghe") — sin. AYPNIE. ● Termen introdus de MÜLLER şi FIALHO în 1974 pentru a defini privarea de somn produsă în scop terapeutic (în sensul de insomnie, termenul a fost utilizat la finele secolului trecut şi apoi abandonat). Ca metodă de tratament, a fost introdusă încă din 1959 de SCHULTE, care a experimentat-o în tratamentul stărilor distimice depresive, indicaţiile ei elective fiind depresiile endogene melancoliforme. Suprimarea somnului se face parţial, cînd subiectul este trezit prin stimuli externi în a doua sau ultima parte a nopţii, sau total. La depresivi, faza de somn paradoxal instalîndu-se mai re-

pede decît la subiecţii normali, se acţionează selectiv asupra ei, subiectul fiind trezit exact în această fază. Agripniile selective se pot practica mai frecvent decît privarea totală de somn, care are un ritm bi- sau trisăptămînal, zilele de terapie succedîndu-se consecutiv sau cu intervale între ele. Anxietatea şi imposibilitatea de a rămîne treaz tot restul nopţii sînt fenomene care pot împiedica continuarea curei. După cum am menţionat, depresiile cicloide şi endogene, mono- sau bipolare reprezintă indicaţiile de elecţie ale curei, ea acţionînd favorabil asupra stării de inhibiţie, şi mai puţin asupra anxietăţii sau a altor simptome, ceea ce face să nu aibă efect terapeutic în depresiile nevrotice şi reactive. Agripniei i se asociază întotdeauna tratamentul cu ortotimizante. Este folosită cu rezultate bune în stările depresive ale vîrstnicilor, precum şi ca tratament adjuvant în depresiile ce apar fie în cursul evoluţiei psihozelor, fie la debut. Se poate asocia şi cu tratamente neuroleptice, seismoterapie, iar ca tratament psihoterapic, se poate recurge la aplicarea agripniei în grup eterogen, pentru începători şi avansaţi. Tratamentul se sistează atunci cînd se observă accentuarea depresiei, a anxietăţii, inapetenţei şi cînd apar modificări persistente pe EEG. Nu este indicată pentru persoanele foarte vîrstnice, şi nici în stările de agitaţie, în afecţiuni somatice grave. Dintre teoriile, care explică acţiunea antidepresivă a agripniei, sînt de menţionat numai două. Una dintre ele explică această acţiune prin datoria de somn paradoxal şi relaţia lui strînsă cu sistemele serotoninergice şi noradrenergice, iar cealaltă se bazează pe mecanismul hormonal de redresare a raportului nictemeral hormon corticotrop/hormon adenocorticotrop (CH/ACTH), care ar fi influenţat de privarea de somn.

393. AGRIPNOCOMĂ (cf. gr. *agrypnia* ; *koma* „somn adînc") — sin. COMA VIGILA → → COMA.

394. AGROMANIE (cf. gr. *agros* „ogor" ; *mania* „nebunie") ● Retragerea solitară la ţară sau dorinţa manifestă şi asiduă pentru aceasta, impulsul morbid de a trăi în solitudine, în afara oraşului. Are semnificaţia izolării şi este prezentă, în special, în cadrul manifestărilor psihice din senescenţă.

395. AGYRAX(MC) Franţa ● Produs terapeutic care conţine trei medicamente tipizate cu acţiune diferită, dar care se complementează:

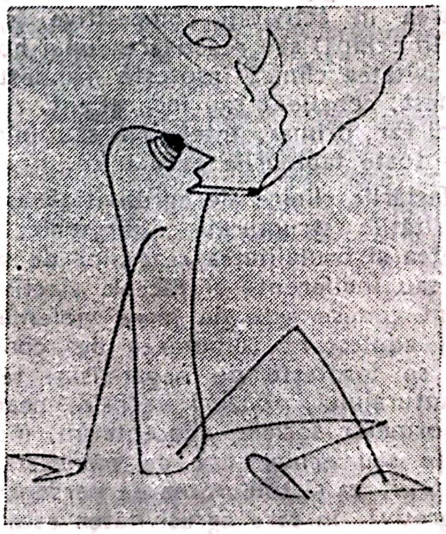
● HIDROXIZINA(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic ;

● MECLOZINA(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic ;

● EUFEMINA(M) — stimulent betaadrenergic. Are acţiune anxiolitic-sedativă.

396. AHASVERUS(S) sindrom ● Împrumutînd numele unui personaj legendar (evreul rătăcitor), P. WINGATE descrie, în 1951, în cadrul toxicomaniilor, comportamentul neobişnuit al unor personalităţi dizarmonice toxicomane, care se adresează unităţilor medicale şi farmaciilor pentru a-şi procura drogul preferat, inventînd istorii cu caracter deosebit de dramatic privind starea lor de sănătate. Uneori îşi provoacă leziuni şi chiar automutilări grave pentru a justifica necesitatea administrării narcoticului (de obicei, un derivat de opiu).

397. AHILOGNOZIE (cf. gr. *a-* ; *hyle* „materie, substanţă" ; *gnosis* „cunoaştere") ● Imposibilitatea diferenţierii calităţilor obiectului examinat prin pipăire sau simţ tactil (grosime, greutate, asperităţi, luciu) ; este cunoscută şi sub denumirea de agnozia intensităţii. Ahilognozia face parte, împreună cu AMORFOGNOZIA, din grupul agnoziilor tactile (astereognoziile) → AGNOZIE şi ASTEREOGNOZIE.



398. AHLENSTIEL(H) halucinaţii. ● Halucinaţii simple auditive, care se întîlnesc la persoane normale în situaţii de încordare, tensiune, alarmă. După autorul de la care au primit denumirea şi care le-a descris în 1960, ar fi manifestări ale „memoriei acustice"

399. **AHYPNON**(M) RDG—DCI *Bemegrid* ● Analeptic care, deşi prezintă o structură chimică asemănătoare cu cea a barbituricelor, clinic este antagonistul stării de depresie respiratorie produsă de acestea şi reprezintă antidotul specific. Acţiunea sa se adresează centrilor bulbari (cardiac şi respirator) şi sistemului reticular ascendent ; are o acţiune de scurtă durată, datorită oxidării rapide, şi nu are efect psihoton. Indicat în intoxicaţii şi în coma barbiturică, este utilizat drept activator în EEG pentru formele inaparente de epilepsie. Produşi similari : BEMEGRIDE şi MEGIMIDE(M).

400. **AIDOIOMANIE** (cf. gr. *aidoion* „organe genitale" ; *mania*„ nebunie") → SATIRIAZIS.

401. **AIHMOFOBIE**(F) (cf. gr. *aichme* „vîrf ascuţit" ; *phobos* „frică") ● Teamă obsesivă de obiecte ascuţite, care îl cuprinde pe subiect la vederea (uneori la evocarea) acestora. Nu are un caracter net de fobie, deoarece în majoritatea cazurilor subiectul se teme de ceea ce ar putea face cu acestea şi nu de pericolul pe care acestea l-ar reprezenta pentru el.

Poate antrena comportamente de evitare dintre cele mai bizare, cel mai uzitat fiind adunarea obiectelor ascuţite din gospodărie şi încuierea lor în locuri sigure ; uneori, pot surveni şi diferite ritualuri. Se întîlneşte în nevroza obsesională şi în cea obsesivo-fobică.

Psihanaliza a găsit un teren fertil în interpretarea acestei obsesii, numită în mod impropriu fobie, atribuindu-i caracterul de agresiune sexuală refulată, ceea ce — obiectiv — ar putea fi valabil numai pentru unul dintre sexe.

402. **AILUROFOBIE**(F) (cf. gr. *ailouros* „pisică" ; *phobos* „frică") sin. GATOFOBIE → GALEOFOBIE.

403. **AJUSTARE** (cf. fr. *ajuster*, cf. lat. *justus* „drept, just") ● Acţiunea de potrivire, adaptare, punere de acord. Personalitatea umană, ca sistem bio- psiho-social cu caracter dinamic, nu se poate cristaliza şi dezvolta armonic fără o ajustare permanentă şi corespunzătoare a structurilor ei active în raport cu circumstanţele mediului, sub influenţe educaţionale şi culturale corespunzătoate. Este, aşadar, o modalitate individuală de adaptare „originală" la mediu (ALLPORT). În adaptarea senzorială, ajustarea constă în reacţiile de orientare, acomodare şi facilizare centripetă a aparatelor senzoriale, pentru asigurarea unei percepţii (recepţii) cît mai adecvate şi cuprinzătoare. Adaptarea socială implică cu necesitate modularea şi modelarea interpersonală, precum şi renunţarea reciprocă la unele idei, atitudini, comportamente defectuoase, inoportune sau neconforme cu cerinţele socio-culturale, în avantajul altora mai adecvate sau conforme cu exigenţele colectivităţii. În sistemele de autoreglaj (de exemplu, sistemul psihic uman), dispozitivul de conexiune inversă, care face posibilă modularea şi evoluţia secvenţială a autoreglajului, realizează o ajustare a informaţiei de comandă, în raport cu informaţia reproductivă.

În statistică, prin ajustare se înţelege înlocuirea după anumite reguli a valorilor statistice empirice cu valori teoretice, dispuse continuu şi regulat, care să dea o imagine cît mai reală asupra unui fenomen, făcînd abstracţie de influenţa exercitată de factori aleatori.

404. **AKATAFAZIE** (cf. gr. *a-* ; *kataphasis* „limbaj corect") ● Tulburare a limbajului vorbit, manifestată prin dispunerea greşită a cuvintelor în frază, inversări ale ordinii cuvintelor în propoziţie, la un subiect care anterior avea posibilitatea exprimării corecte. Se întîlneşte în intoxicaţii acute, stări crepusculare, ca bizarerie în limbajul schizofrenic sau ca semn al deteriorării operaţional-asociative în demenţe.

405. **AKATISIE** (cf. gr. *a-* ; *katheisein* „a sta jos") sin. → ACATISIE.

406. **AKINEZIE** (cf. gr. *a-* ; *kinesis* „mişcare") ● Diminuare pînă la abolirea motilităţii în absenţa unei paralizii. Sînt afectate atît mişcările voluntre, cît şi cele automate (mimică, balansul braţelor). Intensitatea simptomelor oscilează uneori după contextul emoţional, putînd debuta brusc (kinezie paradoxală). În psihiatrie se întîlneşte în tulburările clarităţii şi integrării cîmpului de conştiinţă (stupor) ; în cadrul tulburărilor psihice din tumorile frontale, în encefalite în cadrul sechelelor postencefalitice (sindiomul parkinsonian aparţinînd sindromului postencefalitic comun), în depresia melancolică (melancolia attonita, definită de vechii autori) şi în schizofrenie (forma catatonică şi hebefreno-catatonică, în care au fost descrise stereotipiile akinetice sau de atitudine → STEREOTIPIE).

În general, akinezia este un termen aplicat mai ales sindroamelor neurologice. Akinezia parkinsonienilor (formă supremă a bradikineziei) se caracterizează printr-o economie maximă de mişcări — facies rigid, clipit rar, absenţa sincineziilor normale, a balansului braţelor în mers. Se pare că

inițiativa motorie este cea mai alternantă ; în sensul că, odată pus în funcțiune, un automatism se poate desfășura normal. Mulți autori subliniază importanța factorului emoțional în akinezia din parkinsonism ; sub efectul unei emoții puternice, se produce uneori un fenomen de eliberare (kinezie paradoxală) și bolnavul poate, pentru cîteva minute, vorbi, merge etc. cu un debit foarte rapid. În psihiatrie, akinezia semnifică abolirea completă a motricității, fiind mai rară. În acest caz se realizează tabloul de „mutism akinetic", greu de diferențiat de stuporul melancolic sau catatonic. Subiectul este complet imobil, dar prezent în mediu, putînd urmări cu privirea. Mult mai frecvent se manifestă o reducere a amplitudinii motricității, pentru care se preferă termenul de lentoare psihomotorie sau bradikinezie.

În sindromul catatonic, dezintegrarea psihomotorie este caracterizată prin inerție și pierderea inițiativei motorii, dar pe acest fond, pot apărea fenomene caracteristice de tipul catalepsiei, flexibilității ceroase, sugestibilității și negativismului.

Clinic se poate face diferențierea între akinezia neurologică și cea psihiatrică, patogenic însă, mecanismele par a fi similare, îndeosebi pentru akinezia neurologică și inhibiția psihomotorie a depresivilor. Astfel, s-a constatat că tratamentul de elecție al akineziei din boala Parkinson este dopamina, contraindicată însă în psihiatrie, unde este înlocuită de antiparkinsonienele de sinteză. Stările de lentoare psihomotorie ale subiecților aflați sub tratament neuroloptic, descrise ca depresie akinetică (BOURGEOIS), sînt sensibile la tratamentul cu antiparkinsoniene de sinteză. Micile fenomene parkinsoniene observate uneori la depresivi confirmă ipoteza, la fel ca și efectul pozitiv al antidepresivelor asupra akineziei din sindromul parkinsonian.

Utilizarea terapeutică a neurolepticelor a dus la manifestarea unor efecte secundare neurologice, printre care și un sindrom akinetic și akinetic-hiperton. Sindromul akinetic consecutiv tratamentului NL ar avea la bază un mecanism de inhibare a substanței reticulate, cu sediul în zona mezencefalo-striată, care determină o diminuare a recepționării stimulilor extra și interoceptivi și o pierdere a inițiativei (ideativ și kinetic). Se combate cu antiparkinsoniene, antidepresive, nooanaleptice. Sindromul akinetic-hiperton (sindromul parkinsonian neuroleptic) se instalează prin componenta sa akinetică din perioada de atac a tratamentului cu NL. Dispare electiv la antiparkinsoniene sau antihistaminice.

Akinezia amnestică (apraxie amnestică) constituie pierderea posibilității de reprezentare ideativă a mișcărilor ce urmează a fi efectuate.

407. **AKINEZIE ALLEGRĂ** • Fobia de acțiune, descrisă de P. JANET la subiecții care păstrează, după un accident oarecare, o durere cu caracter trenant, localizată într-o articulație. Durerea (mai mult sau mai puțin reală) este cauza unei anxietăți extreme resimțită față de inițierea celei mai mici mișcări. Se întîlnește la structurile psihastenice, hipocondrice, isterice.

408. **AKITAN** (M) Finlanda — DCI *Benzatropină* • Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor, fiind un derivat difenilmetan de tip 3-(difenilmetoxi)tropan ; are acțiune antiparkinsoniană, colinolitică și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale NL. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii — poate produce hipotensiune marcată.

409. **AKTEDRON**(M) Austria, Ungaria—DCI *Amfetamină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică → AMFETAMINE (DCI)

410. **ALALIE** (cf. gr. *a-* ; *lalein* „a vorbi") sin. → LOGOPLEGIE.

411. **ALALIE IDIOPATICĂ** sin. → AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE → AUDIOMUTITATE.

412. **ALAMON**(M) Japonia—DCI *Hidroxizin* Tranchilizant, derivat dietilmetan sin. → HIDROXIZIN(M) România.

413. **ALARMĂ**(R) **reacție** • În descrierea pe care o face mecansmului general de adaptare a organismului la stres, SELYE deosebește reacția de alarmă ca o fază primară, urmată de fazele de rezistență și epuizare. Această primă etapă a răspunsului la stress se caracterizează prin intervenția complexului neuroendocrin și, în particular, a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian.

414. **ALASED**(M) Grecia—DCI *Haloperidol* • Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4- (p-clorfenil) -4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice de tip predominant sedativ, dar și cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

Scanned with OKEN Scanner

415. **ALBATROS(S) sindrom** ● Descris în medicina psihosomatică de E. C. JOHNSTONE şi colaboratorii în 1967, acest sindrom este semnalat iniţial la subiecţii operaţi de ulcer peptic, la care rezultatele postoperatorii sînt foarte slabe. Subiecţii invocă o senzaţie de vomă permanentă, slăbiciune persistentă şi o alterare a stării generale. Autorii condiţionează aceste rezultate de : tulburări evidente de personalitate, dependenţă de produse salicilice cu efect analgezic sau de narcotice, indicaţie chirurgicală insuficient fundamentată. Cînd operaţia s-a efectuat în condiţiile absenţei unui pericol real (dureri cronice), pacientul transferă patologia anterioară intervenţiei asupra stării postoperatorii.

WERMUTH consideră sindromul Albatros ca o variantă a sindromului Münchhausen. Pentru practică este necesar să se înţeleagă faptul că, deşi durerea şi motivaţia sînt legate una de alta, medicul chirurg nu trebuie să opereze personalităţi iritabile ci numai ulcere iritabile.

Denumirea sindromului a fost inspirată de un poem („Balada bătrînului pescar") al cunoscutului romancier şi poet englez S. COLLERIDGE în care un bătrîn marinar ucide albatrosul ce îl însoţea pretutindeni pe mare. Actul absolut nemotivat al bătrînului este urmat de suferinţe groaznice.

416. **ALBEGO(M)** Belgia, Elveţia, Italia, Olanda, R.F.G., Spania — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetilcarbamat (ester), cu acţiune sedativ-anxiolitică. Contraindicaţii : miastenia gravis, intoxicaţii cu hipnotice şi alcool.

417. **ALBORAL(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

418. **ALBRIGHT(M) sindrom** — sin. DISPLAZIE FIBROASĂ ; DISPLAZIE OSOASĂ POLIOSTOZICĂ ; OSTEODISTROFIE FIBROASĂ JUVENILĂ ; OSTEITĂ FIBROCHISTICĂ ● Afecţiune cu caracter familial, cu mod de transmitere autosomal-recesiv, manifestată din primele luni de viaţă, cu precădere la sexul feminin. Poate fi datorată unei disfuncţii hipotalamo-hipofizare şi cuprinde în tabloul ei clinic anomalii osoase (osteită fibrochistică), tulburări de pigmentare cutanată şi tulburări endocrine. Acestea din urmă determină, mai ales, apariţia pubertăţii precoce (menarhă şi caractere sexuale secundare înainte de opt ani la fete ; caractere sexuale secundare, spermatogeneză şi ginecomastie înainte de şapte ani la băieţi). Uneori se constată grade variabile de debilitate mintală.

419. **ALBROMEN(M)** Ungaria — DCI *Bromisovalum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BROMOVAL(M) România.

420. **ALBUMINORAHIE** ● Indicator important pentru diagnosticul unor afecţiuni neurologice şi psihiatrice, repezentînd concentraţia albuminelor din lichidul cefalo-rahidian. Valoarea normală este de 10—25 mg (din 20—40% total proteine), dar este o valoare medie, pentru că ea se modifică în funcţie de nivelul la care se extrage LCR. Astfel, în spaţiul subarahnoidian vertebral, ea este de aproximativ 0,22 — 0,30g‰, în spaţiul suboccipital-aproximativ 0,15 — 0,20g‰ iar în spaţiul intraventricular — aproximativ 0,10g%. Albuminele se pot doza cantitativ, reacţia respectivă bazîndu-se pe precipitarea lor cu acid tricloracetic. În cadrul proteinorahiei, albuminele se determină calitativ, prin reacţiile None-Apelt, electroforeză şi reacţiile coloidale, acestea din urmă fiind :

- reacţia cu benzoe coloidal prin care, prin sedimentarea în cele 16 tuburi, se stabilesc două zone (curbe) : curba meningitică (floculare în ultimele tuburi), curba sifilitică (floculare în primele 8—10 tuburi) ; această reacţie este pozitivă pentru paralizia generală progresivă cînd flocularea se produce în primele 10-14 tuburi ;
- reacţie cu aur coloidal (reacţie Lange).

În tabelul următor redăm modificările albuminorahiei în cîteva circumstanţe etiologice specifice :

În tumori medulare sau cerebrale, prin blocarea circuitului LCR, apare fenomenul de disociaţie albumino-citologică, care semnifică creşterea albuminelor fără reacţie celulară inflamatorie. În sindromul Nonne-Froin din tumorile medulare chistice, albuminorahia atinge ordinul gramelor, producînd chiar coagularea spontană a LCR. În puseele evolutive ale poliomielitei, prin trecerea unor produse de dezintegrare în LCR, albuminorahia creşte fără a fi însoţită de o reacţie celulară inflamatorie paralelă. În perioada de debut a meningitelor virale, poliomielitei, traumatismelor cranio-cerebrale, sclerozei multiple se întîlneşte fenomenul invers, numit disociaţie cito-albuminică, ce semnifică o albuminorahie normală acompaniată de o creştere a elementelor celulare.

Tabel nr. VI

Afecțiune	*Albumine*
— meningită :	
• bacteriană acută	++++ (7g)
• bacteriană virală	+++
• bacilară	++
• luetică	++
— tabes	+
— PGP	+++
— encefalite	+/N
— scleroză în plăci	+/N/—
— tumori	+
— traumatism cranio-cerebral ± hemoragii	+

N = normal ; — = scăzut ; + = ușor crescut ; +++ = crescut.

421. **ALCALOIZI DE RAUWOLFIA** • Extractele de Rauwolfia serpentina făceau parte din arsenalul medicinei orientale încă cu milenii în urmă, acțiunea lor terapeutică fiind cunoscută și utilizată atît în bolile de inimă, cit și în unele boli mintale. Redescoperirea lor s-a produs în ultimii 50 de ani (drept hipotensor este acreditat în 1931, iar ca psihotrop în 1954). În ce privește modul de acțiune, se consideră că efectul psihotrop se realizează prin stimularea acetilcolinei cerebrale și inhibarea acțiunii adenozintrifosfatazice (BENETATO), facilitarea transmiei sinaptice și creșterea acțiunii frenatoare corticale asupra hipotalamusului (PREDESCU), iar cel hipotensor, prin acțiuni bradicardizante și sedative centrale. Indicațiile par impresionante comparativ cu utilizarea lor redusă: stări de agitație, tensiune interioară, stupoare, negativism, impulsiuni obsesive — rezultatele fiind modeste în delirurile sistematizate, dar cu unele succese în psihozele cronice. Sfera indicațiilor se extinde în gerontopsihiatrie (în special în S.U.A.) și în nevrozele cenestopate, distonii neurovegetative. Nu se recomandă administrarea în depresii, indiferent de intensitate, în epilepsie și boala Parkinson.

În funcție de structura chimică și acțiunea psihofarmaceutică, derivații se împart în următoarele grupe :

RESERPIDINE(DCI) — grupă cu peste 150 produși farmaceutici cu acțiune psihotropă ;

DESERPIDINE(DCI) — cu efecte anxiolitice mai bune și instalare mai rapidă a efectelor terapeutice ;

RESCINNAMINE(DCI) — grupă cu utilizare mai largă, peste 40 produși farmaceutici.

sin.

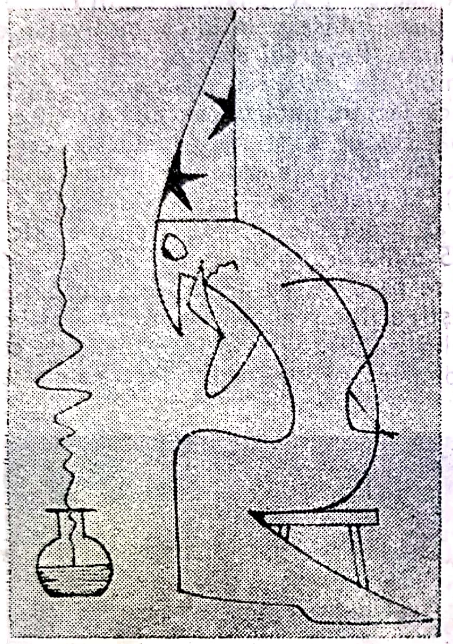
422. **ALCESTEZIE** — sin. ALOESTEZIE → ALESTEZIE.

423. **ALCHIMIE** (cf. arab al-kimiya) • Protoștiință medievală, care își propunea transmutarea metalelor, îndeosebi transformarea acestora în aur (numită din acest motiv și „marea artă“ sau „arta regală“). Alte preocupări notorii ale alchimiștilor au fost căutarea pietrei filozofale și a elixirului vieții.

O serie de personalități istorice, interesate de acest domeniu, printre care R. BACON, HELVÉTIUS, PARACELSUS, AVICENA, și-au legat constatările prilejuite de practicile alchimiei de deschiderea unor orizonturi nu rareori terapeutice (metaloterapia, spre exemplu). Rămasă odată cu epoca modernă în domeniul istoriei științei și asimilîndu-se cu magia, alchimia a constituit și un domeniu de atracție filozofică, datorită lui JUNG, care i-a dedicat un deceniu de preocupări constante. El a căutat în ideația alchimică „un alt versant al existenței raționale banale“ (R. CAHEN). JUNG va căuta în simbolistica alchimiei confirmarea propriilor sale teorii privind arhetipurile, va dezvolta „individuația“, după principiul dialecticii alchimiste, și va compara etapele psihanalizei cu acelea parcurse în căutarea pietrei filozofale. Cu toată măiestria speculativă

a autorului, acest demers nu a depășit, după opinia noastră, sfera poeticului, aportul său științific rămînînd ipotetic.

424. **ALCOOL** (cg. arab. *al-kohl* „lucru subtil"; fr. alcool) • Lichid incolor, inflamabil,



cu miros și gust specific, obținut prin fermentarea zaharurilor din fructe și cereale sau pe cale sintetică și utilizat (DEX) ca dezinfectant, dizolvant, combustibil sau la prepararea băuturilor spirtoase; ultimul aspect interesează și psihiatria, prin consecințele sale imediate și în timp. Chimic, este o hidrocarbură în care o moleculă de hidrogen a fost înlocuită cu o grupare oxidril.

Într-o clasificare rămasă clasică, alcoolul face parte din grupa de droguri „inebriantia" (LEWIN), fiind un deprimant central, cu efecte notabile asupra sistemului nervos central.

În cazul unor doze mici și în faza inițială a intoxicației acute, alcoolul provoacă o stare de euforie, dezinhibiție verbală, logoree, scăderea performanțelor prosexice reale și a celor motorii, creșterea capacității de a imagina. Această fază a intoxicației este urmată de accentuarea încordării motorii, diminuarea coerenței verbale, tulburări mnestice, hipoestezie senzorială, confuzie, dezorientare, pierderea simțului echilibrului.

Cantitățile mari provoacă faza terminală a intoxicației alcoolice, cu somn și comă (alcoolemie în jurul a 2 $g^{0}/_{00}$). Dozele mai mari de 6 $g^{0}/_{00}$ (cca 700 ml alcool pe cale orală) sînt, de regulă, mortale.

Alcoolul este principalul drog în întreaga lume, fiind și singurul drog legal; istoria lui începe probabil cu istoria primelor civilizații, consumul alcoolului avînd rol ritual (păstrat pînă în zilele noastre sub forma „laică" în timpul meselor festive, a toasturilor) (EY).

Prin efectele sale (anxiolitic, euforizant și dinamogen), el se impune cu ușurință față de alte substanțe de acest tip, creînd, în primul rînd, dependență psihologică, cu atît mai mult cu cît psihologia colectivității nu este defavorabilă în culturile de tip european.

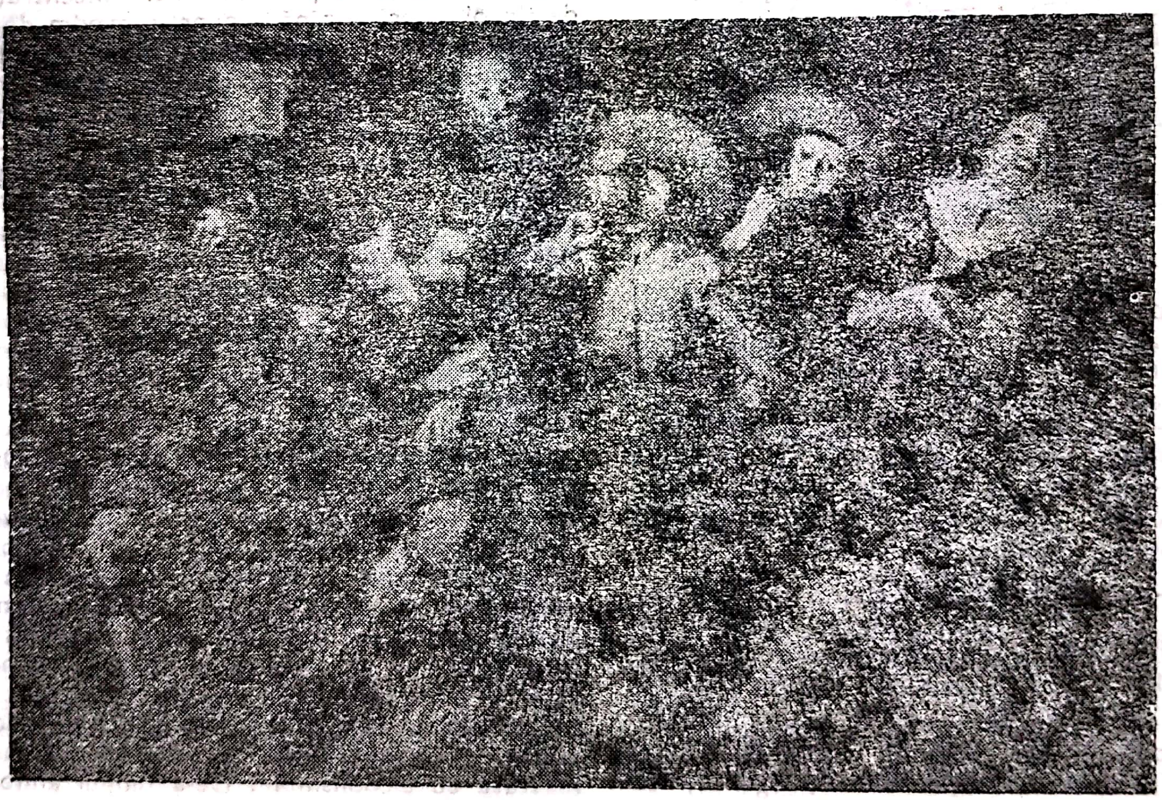
425. **ALCOOLEMIE** • Cantitatea de alcool din sînge, corelat invers proporțional cu timpul scurs din momentul ingerării alcoolului și direct proporțional cu cantitatea de alcool ingerat. Alcoolul se absoarbe predominent prin mucoasa stomacală și intestinală, concentrația de alcool crescînd pînă la punctul maxim după 60—90 minute de la ingestie și fiind încetinită de emulsii, mucigalii, zaharuri. Alcoolemia scade cu 1/6—1/7 pe oră din valoarea maximă, prin metabolizare hepatică (10—15 ml/h) și eliminare directă prin urină și transpirație (10%). De regulă, modificările comportamentale și reacționale ale subiectului sînt în strînsă legătură cu alcoolemia. O alcoolemie mai mare de $5^{0}/_{00}$ este aproape întotdeauna letală. La o concentrație de 1 g $^{0}/_{00}$, alcoolemia are consecințe medico-legale, în țara noastră fiind considerată, în cazul conducătorilor auto, act cu urmări penale.

426. **ALCOOLICII ANONIMI (A.A.)** • Organizație propunîndu-și reabilitarea bio-psihosocială a alcoolicilor, prin abstinență și revenirea la o viață normală și ordonată. S-a format din inițiativa unui agent de bursă și a unui medic (foști alcoolici), în 1935, în S.U.A., luînd apoi o extindere internațională. Se definește programatic ca „o grupare de bărbați și femei care-și împărtășesc experiența, energia și speranțele în scopul rezolvării problemelor comune și în cel al ajutorării celor care au încă legătură cu alcoolismul". De-a lungul anilor, A.A. a obținut rezultate deosebite, care au impus un sistem de lucru, determinînd crearea altor organizații asemănătoare: Alnon, Alanon, Vie libre, Croix d'or, Alateen, Croix bleue etc.

427. **ALCOOLISM** — **generalități** • Cea mai răspîndită toxicomanie, adevărat flagel social mondial (exceptează doar țările de religie musulmană), considerat de OMS a treia problemă

Scanned with OKEN Scanner

de sănătate publică, alcoolismul este o pandemie care amenință sănătatea fizică și mintală, atît în țările industrializate, cît și în lumea a treia. În pofida celor aproximativ zece congrese internaționale anuale care i se consacră, în scopul abordării multidisciplinare a acestui fenomen complex, numărul persoanelor care uzează și abuzează de alcool este în continuă creștere, limitele de vîrstă ale acestora sînt însă în continuă scădere (tinerii sînt din ce în ce mai numeroși în rîndul alcoolicilor), nici femeile nefiind excluse de la acest continuu proces de extindere. Statisticile oferă cifre foarte aproximative, amploarea exactă a alcoolismului fiind practic necunoscută (PREDESCU — 1986); se menționează cifre de 40 000—350 000 și respectiv 40 000—100 000 alcoolici în Anglia și Danemarca (1974), sau 12 milioane în S.U.A. (1972) și 25 milioane în U.R.S.S.; 40‰ în Franța și 25‰ în Iugoslavia, în anchete OMS recente. În Europa mor în accidente de circulație și coolul. Atitudinea socială față de consumul de alcool este extrem de favorizantă extinderii lui, atît ca mentalitate comună, cît și la nivelul diferitelor structuri (economice, publicitare, instituționale). Producția mondială de băuturi alcoolice crește anual; comercializarea unora dintre ele se face prin intermediul unor vaste mijloace informaționale, reclamele publicitare prezentîndu-le sub forme care întăresc insidios motivația de a le consuma. Reversul acestor acțiuni, în care sînt implicate interese economice care nu sînt încă făcute publice, se află în cifre care exprimă costul asistenței medicale acordate alcoolicilor (8,3 miliarde de dolari anual în S.U.A.), al pierderilor de producție (9,4 miliarde), al accidentelor de circulație etc., în total 25 miliarde dolari anual (NOBLE, 1976). Astfel, se pare că, cu mult peste jumătate din cifra cîștigurilor realizate prin comercializarea alcoolului, se pierde prin încercările de corectare, compensare a efectelor nocive ale alcoolis-



DIRCK HALS

prin sinucidere cîte 100 000 de persoane anual, cauza indirectă fiind alcoolul. Statistici citate de aceiași autori arată strînsa dependență a ratei alcoolismului de marile prefaceri sociale (urbanizare, industrializare), fenomene care se pare că angrenează tensiuni psihologice al căror prim remediu, ușor accesibil, este al-mului, adăugîndu-se la aceasta prețul imenselor suferințe umane. Astfel, în S.U.A., una din patru persoane este implicată, direct sau indirect (prin intermediul relației de orice tip cu un alcoolic) în consecințele acestui flagel.

Consumul de alcool a fost atestat, pentru prima dată, prin documente arheologice și

ecleziastice cu cca 12 000 de ani în urmă. Este amintit și în scrierile lui HOMER, HERODOT, ARISTOFAN, PLATON. În Babilon, consumul de alcool consta în băuturi alcoolice „slabe" (o băutură asemănătoare cu berea, utilizată în ceremoniile religioase — anul 6000 î.e.n.). Berea era inclusă în alimentația cotidiană și vinul era cunoscut la egiptenii din timpul dinastiei a III-a; chinezii antici fenicienii, vechii evrei și grecii antici pregăteau băuturi alcoolice din orez și viță de vie. HIPOCRATE schițează o descriere clinică a deliriumului tremens, căruia îi precizează etiologia (abuzul de alcool), iar CONFUCIUS menționează rolul nefast al alcoolului. Vechiul testament condamnă beția, dar nu și alcoolul. GINGIS-HAN recomandă soldaților să nu bea mai mult decît o dată pe săptămînă, deși ideal ar fi să nu bea deloc, ceea ce — recunoaște el — „ar fi să ceri imposibilul". Băuturile distilate apar după anul 800 e.n., cînd în Anglia se inventează alambicul.

Etiologie. Cauzele alcoolismului nu se cunosc, dar s-au identificat unele condiții favorizante care pot fi considerate factori de risc (GOODWIN, 1985).

● Sexul — rata bărbaților față de femei este de 3 : 1.

● Vîrsta — alcoolismul apare de obicei între 20 și 40 de ani la bărbați; cinci din șase bărbați alcoolici au între 30—55 ani. La femei apare mai tîrziu. Peste 65 de ani alcoolismul este o raritate.

● Istoric familial — riscul pentru copiii alcoolicilor să devină alcoolici este de cca patru ori mai mare decît pentru copiii nonalcoolicilor. Prezența alcoolismului în familie constituie probabil cel mai evident element predictiv al riscului de a deveni alcoolic. În acest sens ar putea fi implicată imitația (copierea unui model comportamental, prin alegerea neîntîmplătoare a modelului acelora cu care subiectul se identifică, de exemplu, părinții, dar și a modelului acelora care dețin un statut social dorit de subiect — EDWARDS ș.a. 1972) sau învățarea operantă (comportamentul acceptat și chiar gratificat, are tendința să fie repetat, ceea ce se întîmplă în grupuri cu atitudini permisiv-încurajatoare față de obiceiul de a bea, ca și în situația în care un subiect, căutînd anxioliza, o găsește în alcool — ORFORD, 1971). Din studii familiale a reieșit posibila asociere a alcoolismului cu alte boli psihice (BRUGGER, BLEULER, A, MARK, WINOKUR, GUZE). În familiile alcoolicilor se întîlnește frecvent depresia, criminalitatea, personalitatea antisocială și personalitatea dizarmonică în general.

● Factorul genetic — într-un studiu suedez (KAIJ, 1960) s-a constatat o frecvență de două ori mai mare a alcoolismului la gemenii monozigoți decît la dizigoții de același sex. Cercetări psihologice ample făcute în S.U.A. și Danemarca pe copii adoptați (ROE, GOODWIN) au conchis că, practic, riscurile alcoolismului sînt prezente pentru copiii proveniți din familiile de alcoolici, chiar dacă ei sînt adoptați de mici și crescuți în alt mediu familial. Studii recente au demonstrat o sensibilitate mult crescută la administrarea experimentală orală unică de alcool la japonezi, coreeni, amero-indieni, la care alcoolismul nu este obișnuit, în comparație cu subiecți de etnicitate europeană sau nord-americană.

● Factorul geografic — importanța sa a scăzut; în trecut se delimitau diferite zone geografice specifice pentru consumul unui anumit tip de alcool (distilatele pentru Anglia, S.U.A., U.R.S.S.; vinul pentru Franța, Italia, Grecia, Spania; berea pentru Germania, Austria, Danemarca, Olanda). Astăzi granițele par a fi învinse și *„schimbul de experiență reușit"*, utilizîndu-se peste tot toate tipurile de băuturi alcoolice.

Fiziopatologie. Alcoolul provoacă iritația corozivă a mucoasei gastrice și intestinale și angrenează scăderea absorbției intestinale și a apetitului, ceea ce antrenează, în cazul consumului cronic, deficite nutriționale mult crescute prin competiția metabolică hepatică pe care alcoolul o cîștigă în detrimentul principiilor alimentare, interferînd sistemele enzimatice hepatice. Alcoolul este metabolizat hepatic de două sisteme enzimatice, ambele producînd acetaldehida ca produs intermediar. Acetaldehida este convertită în acetat și acesta, la rîndul său, fie în bioxid de carbon, apă și energie, fie este utilizat în sinteza acizilor grași. Primul sistem enzimatic este constituit de alcool-dehidrogenază (care metabolizează cca 10 ml alcool pur/oră); în cazul depășirii capacității acesteia (prin exces de alcool) intră în funcțiune al doilea sistem, cel oxidativ microsomal, care furnizează o a doua cale metabolică. În cazul suprasolicitării acestor două sisteme, ceea ce se întîmplă în cazul alcoolismului cronic, ficatul va produce în exces adenindinucleotid-hidrogenază (NADH) care va antrena supraproducția sintezei de acizi grași, cu depozitare intrahepatocitară a compușilor grași, scăderea sintezei proteice și a gluconeogenezei. Rezultă o diminuare a variațiilor fiziologice ale glicerinei (care stimulează în mod normal apetitul alimentar). Subiectul nu se mai alimentează

corect, ceea ce crește predispoziția la hipoglicemie, de unde rezultă clinic slăbiciunea fizică, iritabilitatea, dorința crescută de a bea (aport rapid, dar frugal de calorii, știut fiind că 1 g alcool conține 7,1 cal), „black-out"-uri și chiar come hipoglicemice. Acetaldehida, ca produs metabolic intermediar al alcoolului, adîncește efectele metabolice toxice preexistente prin diminuarea nivelului adrenalinei și noradrenalinei. Acest fapt are consecințe metabolice (scăderea suplimentară a glicerinei, prin neutilizarea glicogenului hepatic, încărcarea lipidică hepatică suplimentară, prin nemobilizarea acizilor grași liberi din depozitele lipidice). Se pare, de asemenea, că acetaldehida are un rol important în instituirea dependenței, printr-un mecanism neurochimic cerebral: monoaminele biogene (serotonina, dopamina), metabolizate în mod normal pe cale oxidativă, pot fi oprite să urmeze această cale, prin excesul de acetaldehidă, și conduse spre o altă cale, cea reductivă. Se pot forma, prin condensarea monoaminelor, metaboliților aldehidici și a alcoolului, complecși alcaloidici similari ca acțiune farmacologică cu morfina sau amfetamina (tetrahidroiscquinolone — TIQ), care, se pare, pot acționa ca pseudomediatori. Ipoteza pare să fi fost verificată de studii experimentale, în cadrul cărora a putut fi provocată apetența pentru alcool prin injectarea de TIQ în ventriculii laterali ai creierului de șobolan (TIQ a fost identificat și în LCR și în urina alcoolicilor). De asemenea, antagoniștii opiacei (naloxona) scad convulsiile de sevraj la șoareci și blochează activitatea critică subcorticală indusă de alcool la maimuțe. Alte studii au relevat suspendarea comei alcoolice la om, prin administrarea de naloxonă, ca și prevenirea diminuării activității psihomotorii consecutive administrării de doze mici de alcool la voluntari. Deși ipoteza privind rolul acestor compuși alcaloidici nu este încă dovedită, ea poate pleda pentru o predispoziție genetică la alcoolism, ce ar putea fi responsabilă — prin implicarea unor diferențe metabolice individuale în producerea acestor produși — de o predispoziție variabilă la dependența etanolică.

Consecințe clinice clare ale perturbărilor metabolice induse de alcoolul în exces, decurg însă din producția crescută de acid lactic prin metabolizarea acetatului (acidul lactic este responsabil de apariția atacurilor anxioase din cursul alcoolismului cronic și al interferențelor sale acute) și hiperuricemia care poate precipita crizele gutoase.

428. **ALCOOLISM — concept psihiatric** • importanța socială și medicală a fenomenului (fiecare alcoolic determină în medie disfuncția psihologică a altor șapte persoane și prezintă în timp una sau mai multe complicații somatice, uneori invalidante), necesitatea stabilirii unei complexe strategii terapeutice, a determinat apariția unei imense literaturi referitoare la alcoolism, la circumscrierea sa conceptuală și la încadrarea nozografică a numeroaselor modalități clinice de manifestare a sindroamelor psihice și psihoorganice pe care le generează. Conceptul de „alcoolism-boală", acreditat astăzi, este introdus de Benjamin RUSH (1811) și Th. TROTTER. El a fost larg răspîndit, într-un înțeles rudimentar, în lumea medicală a celei de-a doua jumătăți a secolului XIX, alcoolismul fiind considerat, în perioada respectivă, „o nevroză sau o psihoză" („The journal of inebriety", 1876). Prohibiția a dus la declinul nu numai al comerțului licit de băuturi alcoolice, ci și al conceptului de alcoolism-boală (JELLINEK). La jumătatea secolului nostru însă, cercetările Școlii de studii asupra alcoolismului de la Universitatea Yale readuc în actualitate concepția medicală asupra fenomenului, concomitent cu contribuțiile, devenite clasice, ale lui E. M. JELLINEK („Phases of alcohol addiction", 1952 și „The Disease Concept of Alcoholism", 1960). Există însă semne de întrebare asupra dovezilor științifice clare care să ateste noțiunea de alcoolism-boală. Alcoolismul pare mai curind un sindrom comportamental dezadaptativ (S. HILL, 1985), decit o boală în înțelesul medical al noțiunii, lipsindu-i agenții etiologici identificabili, avind rareori o evoluție naturală asemănătoare la toți subiecții și forme clinice distincte. Definiția însăși a fenomenului comportă variații, în funcție de normele sociale diferite ale culturilor diferite (EDWARS, 1970). Este puțin probabil ca alcoolismul să reflecte un proces morbid intern, el definind mai degrabă „ceea ce o persoană face, decit ceea ce ea are" (ROHAN, 1975). Semnele generale ale alcoolismului, sint de fapt semne ale consecințelor fiziologice (asupra diferitelor organe) ale consumului etanolic. CLARK, MIDANIK (1982) au constatat absența unui set unitar de simptome la marii alcoolici, găsind corelații doar între ritmul consumului și cantitatea consumată în ultima lună, cu consecințele sociale diverse ale acestui consum (în relațiile cu soția, cu prientenii, cu rudele, în cele profesionale sau incidente cu autoritățile). Deși semnele dependenței fizice (omiterea meselor în perioadele de abuz crescut, consumul pe ascuns, tremor după exces de alcool, consum matinal pentru combaterea malezei, „black-

out") au fost constant constatate de cei doi autori la alcoolicii aflaţi în tratament, ele nu par a fi, cel puţin deocamdată, utilizabile pentru definirea unui sindrom în sensul medical al cuvîntului. Însuşi consumul de alcool poate îmbrăca o mare diversitate de modele, ce rămîn dificil de încadrat într-un sindrom unitar al consumului de alcool (HORN, WAMBERG, 1970). De multe ori, semne sau simptome ce pot defini dependenţa pentru un subiect, sînt nesemnificative pentru un altul. De aceea, deşi s-au alcătuit seturi de criterii mai mult sau mai puţin eterogene pentru circumscrierea sindromului de depenţă, se pare că este mai corectă referirea la sindroamele alcoolice, decît la un sindrom unitar (S. HILL).

Studii epidemiologice de urmărire catamnestică, pe perioade de 4—20 ani (CLARK, FILLMORE, ROHAN, PETTINATI, POLICH), au constatat relativa lipsă de predictivitate a revoluţiei, cu variaţii anuale neprevăzute ale nivelului de consum, ceea ce infirmă concepţia lui ROYCE (1981) a unei boli progresive, cu accentuare în timp a severităţii. În mod cu totul surprinzător, ROBINSON (1972) subliniază că însuşi JELLINEK, considerat autorul conceptului modern de alcoolism-boală, a insistat asupra „pericolului extinderii termenului de alcoolism la toate formele consumului de alcool", extindere care, „deşi ar fi comodă unificării limbajului psihiatric internaţional, ar deveni periculoasă pentru sensul adevărat şi util al cuvîntului". JELLINEK, în cartea sa din 1960, defineşte prin alcoolism „orice uz de băuturi alcoolice ce poate cauza orice fel de prejudiciu individului sau societăţii" şi atribuie condiţia de boală doar formelor gamma şi delta, considerate stadii adictive în sens farmacologic. Acest fapt îl determină pe ROBINSON să afirme că acreditarea modelului de boală alcoolismului se datorează mai mult celor care l-au citit şi discutat pe JELLINEK, decît lui însuşi, el descriind de fapt o sumă de comportamente asemănătoare bolilor (şi interpretate ca atare), în timp ce propria sa concepţie asupra alcoolismului-boală a fost pe cît de restrînsă, pe atît de clar definită. S. HILL consideră chiar că JELLINEK ar fi surprins dacă ar constata uşurinţa cu care i se atribuie generalizarea condiţiei de boală tuturor formelor de alcoolism. Importanţa discutării problemei modelului medical al alcoolismului, rezidă în consecinţele ei asupra strategiilor terapeutice, care presupun întotdeauna colaborarea unei echipe (medici, nu numai psihiatri, psihoterapeuţi, sociologi), care să poată interveni în orice stadiu al „bolii", ştiut fiind că alcoolicul se numără printre cei mai dificili pacienţi (KRYSTAL, MOORE). De aceea, modelul medical care ar concepe alcoolismul ca o singură entitate, cu un singur tratament, este limitativ şi deocamdată nejustificat ştiinţific (S. HILL). O concepţie mai elastică şi cuprinzătoare, care are în centrul ei dezadaptarea psihologică şi nu exclude evoluţia spre „pierderea controlului" asupra cantităţii consumului, ca semn al apariţiei dependenţei fizice, permite o abordare terapeutică diferenţiată şi gradată, fără de care nu se poate vorbi de un tratament adecvat ştiinţific al alcoolismului.

Cercetarea ştiinţifică a alcoolismului cunoaşte trei etape:

- clinică, reprezentată de şcoala de psihiatrie franceză, prin MAGNAN (care îl consideră o formă socio-genetică a „degenerescenţei" şi care descrie dipsomania, ca depresie periodică, şi delirul cronic alcoolic), FALRET, FOREL, LASÈGUE, LEGRAIN, şi de cea germană prin GRIESINGER, KRAEPELIN, BONHOEFFER (care sistematizează formele şi sindroamele clinice care compun alcolismul);
- analitică (studiile de la Universitatea Yale, studiile epidemiologice etc.);
- biochimică — perioada contemporană, care caută modificări enzimatice, metabolice, markeri biologici.

Din tentativele de clasificare a fenomenului în sine, reţinem cîteva:

— Clasificarea lui BLEULER:
- alcoolism datorat unor condiţii de mediu şi factori ocazionali;
- alcoolism care apare pe fond nevrotic;
- alcoolism pe fond psihopatic;
- alcoolsim secundar (psihozelor endogene, unor leziuni psihoorganice posttraumatice, din epilepsie, oligofrenie).

— SIVADON ia în considerare tipul personalităţii preexistente:
- alcoolism nevrotic;
- alcoolism psihopatic;
- alcoolism fără tulburări de personalitate (personalitate paranormală).

— DESHAIES descrie alcoolismul primar (habitual, de „antrenament" sau socio-profesional) şi secundar sau simptomatic, pentru subiecţi cu disfuncţii psihologice (alcoolismul nevrotic), sau patologice (epilepsie, depresie, schizofrenie) preexistente.

— P. FOUQUET (1952) descrie:

- alcoolite — alcoolism de antrenament, de „chemare", și obișnuință socio-profesională în care predomină un factor toxic și toleranța se prelungește mulți ani, fiind urmată de consecințe organice (hepatice, gastrice, neuropsihice) ; este apanajul bărbaților, factorul psihopatologic lipsește de obicei, sînt băutorii excesivi ;
- alcoolozele — presupun aspecte psihonevrotice ale personalității, sînt reprezentate de obicei de băutorii episodici nevrotici, din care 80—85% ar fi femei, alcoolul fiind un remediu anxiolitic al problemelor nevrotice față de care subiecții au o mică toleranță ;
- somalcoolozele — rare, corespund consumului impulsiv datorită unui factor psihic — prezența unor psihoze ; ar fi un alcoolism simptomatic al acestor boli psihice.

— FOUQUET a avut drept zonă de studiu țările viticole (Franța, Spania etc.), descriind ceea ce se mai numește alcoolismul mediteraneean, în funcție de cei trei factori precumpănitori (toxic, toleranța, psihic). Alcoolismul mediteranean se caracterizează prin existența controlului asupra cantității consumului, deși există imposibilitatea abținerii ; acest pattern constă în consumul unei cantități zilnice, relativ fixe, fără compulsiunea de a o depăși, ceea ce face ca alcoolicii de acest tip să nu recunoască faptul că sînt alcoolici (pentru că se pot controla) ; la întreruperea consumului apare însă sindromul de abstinență.

— JELLINEK (1952) delimitează cinci specii de alcoolism corespunzătoare tot atitor patternuri ale consumului :

- *forma alfa* — caracterizează personalitățile nevrotice, cu dependență psihologică și care folosesc alcoolul în perioade de criză, stres, pentru cuparea durerii somatice sau morale, a disconfortului fizic sau afectiv. Consumul este simptomatic, poate avea repercusiuni sociale (absenteism), medicale (denutriție), nu apare pierderea controlului ;
- *forma beta* — se întîlnește în cazul consumului datorat unor obiceiuri culturale ; este însoțit de complicații somatice (gastrită, polinevrită, ciroză, denutriție) ; rareori poate apare sevrajul ;
- *forma gamma* — constă în prezența pierderii controlului cantității ingerate, cu toleranță crescută și semne de sevraj, consecințe nefaste asupra funcționării sociale, profesionale. Este prototipul alcoolicilor reuniți in organizațiile de tip A.A., care necesită un suport social instituționalizat pentru a fi ajutați să se abțină, fapt pe care il pot realiza pentru perioade variabile de timp ;
- *forma delta* — apare imposibilitatea abținerii chiar pentru una-două zile, dar se păstrează controlul cantității ingerate, fenomenele de sevraj fiind frecvente și accentuate ;
- *forma epsilon* — dipsomania.

Forma beta este un alcoolism somatic (mediteranean sau francez), forma alfa-nevrotic (anglo-saxon), gamma, delta, epsilon, constituind alcoolismul psihiatric propriu-zis (încadrabil într-un model medical, de boală).

Se mai vorbește de un alcoolism simplu (alfa, beta) și toxicomania alcoolică (adicția), care cuprind formele gamma și delta, de un alcoolism ocazional, cronic (zilnic), de week-end.

O clasificare clinică, schematică, deosebește alcoolismul acut (beția vulgară și beția patologică sau idiosincratică) de cel cronic (delirium tremens, predelirium tremens, encefalopatia, sindrom Korsakov, halucinoza Wernicke, demența alcoolică). Cea mai acceptabilă dintre aceste clasificări pare a fi cea a lui JELLINEK, deși și aceasta începe să fie din ce în ce mai puțin utilizată, dată fiind tendința ei de a izola tulburări extrem de diverse în „grupuri statice", prin adaptarea manifestărilor la sistemul de clasificare, și nu invers (CHAFETZ, 1976).

Din punctul de vedere al practicii clinice, semnele orientative pentru identificarea unui pacient alcoolic sînt următoarele : facies rozat (cuperoza), rinofima (acneea hipertrofică a nasului), arcul senil corneean (opacitate inelară corneeană cu tulburarea acuității vizuale, prin depozitare de compuși lipidici), eritem palmar, hipertrofia hepatică nedureroasă, dureri ale etajului abdominal superior, cu iradieri posterioare consecutive pancreatitei cronice, frecventă la alcoolici, tulburări de sensibilitate și slăbiciune musculară la nivelul gambelor, dureri de molet (consecutive polinevritei).

Markeri biochimici ai alcoolismului cronic sînt considerați :

- creșterea γ-glutamiltranspeptidazei (GCT) sanguine, crescută la cel puțin jumătate din marii băutori, dar și la indivizi care consumă mult alcool într-o perioadă scurtă ; poate fi utilizată ca test de confirmare a alcoolismului la subiecți suspectați, dar care îl neagă și nu au antecedente citolitice hepatice (KRISTENSON) ; revine la normal în circa trei săptămîni de la sistarea consumului de alcool ;
- creșterea volumului eritrocitar mediu, test mai puțin fidel decît GCT (WHITFIELD, CHICK) ;
- creșterea acidului uric, trigliceridelor, ureei plasmatice ;
- creșterea aspartataminotransferazei (AST) și a feritinei serice.

Conturarea unor modele ale consumului alcoolic, utile măsurilor terapeutice și programelor complexe profilactice, necesită studii populaționale care să utilizeze instrumente standardizate, în care se acceptă apariția dependenței psihologice (consum mare) la ingestia cotidiană de cca 50 g alcool și a celei fizice (consum foarte mare) la ingestia de 80 g alcool.

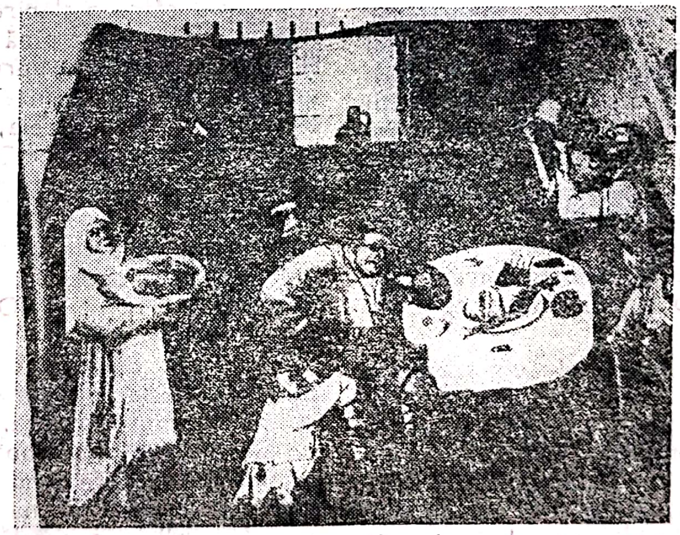
429. **ALCOOLISM ACUT** ● Formă clinică a alcoolismului, în care tulburările psihice se pot manifesta sub aspectul intoxicației alcoolice acute (beția acută, beția patologică) sau al delirului alcoolic subacut și acut.

● Beția acută simplă — reprezintă o intoxicație accidentală, la un nebăutor, sau un epifenomen al alcoolismului cronic (POROT), comportînd trecerea prin cele patru faze direct dependente de gradul alcoolemiei (păstrînd bineînțeles „culoarea" individuală) :

- faza infraclinică (0,8 g ‰), în care scad performanțele psihomotorii ;
- faza de excitație psihomotorie (dorită și căutată), care apare la concentrații variabile în funcție de subiect și se manifestă prin euforie, de obicei flux și ritm ideativ crescut, logoree, hiperprosexie, hipermnezie, ușoară iritabilitate, imaginație crescută, incoordonare motorie ;
- faza ebrioasă (1—2 g ‰) — cu dezinhibiție, exaltare euforică, incoerență verbală, amnezia lacunară a episodului, incoordonare accentuată, hipoestezie senzitivă și senzorială ;
- faza de somn (2 g ‰), comă profundă și exitus (4—6 g ‰).

● Beția patologică, este forma acută de alcoolism, capabilă să scoată la iveală pragurile profunde ale unei personalități dizarmonic structurate, în sensul psihopatic și „patologic" conferit de GARNIER (1890). Cele trei forme clinice pe care le îmbracă sînt :

- beția excitomotorie (cantitate relativ limitată de alcool care, după ingerare, determină un episod de tip crepuscular, cu automatisme motorii ale căror consecințe pot fi extrem de grave, urmat de amnezie lacunară) ;
- beția halucinatorie (halucinații vizuale și auditive cu caracter amenințător care îi antrenează pe subiecți într-un comportament delirant-halucinator) ;
- beția delirantă (tematica delirantă axată pe autodenunțare, idei de grandoare, gelozie, de persecuție — cu activitate modificată în același sens).



Hieronymus Bosch

POROT este de părere că tot aici ar trebui incluse beţia convulsivă, beţia comatoasă „d'emblée" şi dipsomania. Aceasta din urmă, prin caracterele particulare care le imprimă nota impulsivă, intempestivă, a abuzului de alcool, necesită o descriere aparte → DIPSOMANIE.

Diagnosticul diferenţial al acestor forme de intoxicaţie acută trebuie neapărat să ia în considerare alte intoxicaţii ce realizează o stare euforică (cocaină, LSD, cloralhidrat, eter, haşiş, oxid de carbon, sulfură de carbon), accesul hipomaniacal, afecţiuni neurologice cu localizare vestibulo-cerebeloasă, starea postcritică epileptică. Beţia patologică poate să fie diagnosticată numai după ce s-au exclus: beţia acută simplă, sindromul confuzional şi sindroamele delirant-halucinatorii de alte etiologii, epilepsia şi alte crize convulsivante, comede diferite cauze.

● Delirul alcoolic subacut şi acut sînt ulburări psihotice (de intensitate progredientă) care apar pe fond de impregnare alcoolică cronică, ocazionate de un abuz alcoolic suplimentar, de sevraj sau de un agent stresant pentru organism (boală intercurentă, traumatism, intervenţie chirurgicală etc.).

Prezenţa simptomului de impregnare alcoolică cronică, a delirului oniric şi a confuziei mintale, orientează destul de rapid diagnosticul, ţinînd seama şi de unele aspcte particulare: prodromal, se accentuează toate semnele fizice şi psihice ale impregnării cronice, sînt prezente tulburări de somn, coşmaruri, iar delirul oniric conţine halucinaţii, în special vizuale (cu conţinut profesional, zoopsic etc.), uneori liliputane, alte tipuri de halucinaţii (auditive, olfactive, gustative, tactile), fenomene de automatism mintal. În funcţie de predominenţa confuziei sau a halucinaţiilor se descriu formele confuzo-onirică şi cea halucinatorie. Evoluţia poate fi spre vindecare (în cîteva zile, cu sechele postonirice), spre psihoze alcoolice cronice sau spre agravare (delirium tremens).

● Delirul alcoolic acut (delirium tremens) este forma evolutivă a celui subacut care cuprinde, pe lîngă elementele acestuia, semne grave de afectare somatică: hepatică, deshidratare pronunţată cu tendinţă la colaps, febră. Pe scurt, vom aminti doar că debutul este, de obicei, exploziv, somnul total suspendat, iar agitaţia din timpul perioadei de stare este intensă şi dezordonată, cu afectare somatică importantă → DELIRIUM TREMENS. Evoluţia este favorabilă sub tratament, dar se poate complica prin convulsii sau exitus (2%), sechelele pot fi sub forma ideilor fixe postonirice sau a psihozelor alcoolice cronice.

În diagnosticul diferenţial al acestui tip de delir trebuie excluse delirul şi onirismul din alte intoxicaţii, sindromul confuzional de diverse cauze, stări de şoc.

430. ALCOOLISM CRONIC — sin. SINDROMUL DE IMPREGNARE ALCOOLICĂ ● Tulburările psihice, somatice şi neurologice în contextul unui exces cronic de alcool circumscriu la individ o stare cu caracter permanent, pe fondul căreia pot surveni acutizări episodice, urmate de amnezie lacunară. Aspectul general caracteristic al subiectului (faţă congestionată, conjunctive injectate subicterice, dizartrie, hipersudoraţie) alături de tulburările psihice, în care pe prim plan se află scăderea nivelului etic general, sub dictatul consumului de alcool, de tulburările somatice (gastrită, ulcer gastro-duodenal, hepatită cronică sau ciroză, hipertensiune arterială, tahicardie) şi alături de cele neurologice (tremurături, polinevrită toxică, atrofii musculare, nevrită optică) conferă acestui sindrom un potenţial de gravitate deosebită. Pe fondul acestui sindrom, complicaţiile pot evolua sub forma manifestărilor delirante cronice, a encefalopatiilor alcoolice carenţiale, a sechelelor postonirice („idei fixe postonirice") sau chiar a delirurilor alcoolice cronice, cu caracter mai mult sau mai puţin sistematizat; delirul de gelozie, delirul halucinator cronic, sindroame schizofreniforme. Fără tendinţă de sistematizare, aceste forme clinice pot evolua timp îndelungat către o slăbire intelectuală progresivă, ce poate merge pînă la demenţă (POROT). Halucinoza alcoolică Wernicke → evoluează pe un fond clar al conştiinţei, halucinaţiile verbale sînt la persoana a treia, iar delirul secundar este slab structurat. Evoluţia se îndreaptă spre rezoluţie, cronicizare sau psihoze schizofreniforme.

Encefalopatiile alcoolice carenţiale sînt bine individualizate ca descriere clinică → PSIHOZA POLINEVRITICĂ ALCOOLICĂ KORSAKOV şi ENCEFALOPATIA GAYET-WERNICKE, avînd drept criterii comune leziunile anatomice nervoase, cu corespondentul lor clinic şi mecanismul carenţial prin consum cronic de alcool. Evoluţia, după o perioadă variabilă, se poate face spre vindecare, cronicizare, demenţă sau exitus. Demenţele alcoolice (simplă, pseudoparalizia generală alcoolică şi pseudodemenţa confuzională) sînt faze finale, ireversibile.

Diagnosticul diferenţial parcurge toată gama sindoramelor delirante cronice, al sindromului Korsakov şi encefalopatiilor de alte etiologii, al demenţelor de alte tipuri, ieşind uşor în evidenţă prin elementele definitorii.

431. **ALCOOLISM — aspecte medico-legale și asistență psihiatrică** ● Consacrat definitiv ca boală, alcoolismul intră sub incidența asistenței medicale generale și psihiatrice, dar și sub influența legislativă a fiecărei țări. În acest sens, amplele și frecventele probleme medico-legale pe care le antrenează alcoolismul în evoluția sa, ca și cele de sănătate publică, au dus la consensul general că alcoolismul trebuie abordat multidisciplinar și interdepartamental (V. PREDESCU). Fiind considerat cel mai important factor criminogen al zilelor noastre, acest tip de toxicomanie poate împinge la săvîrșirea oricăror infracțiuni: acte de violență, vagabondaj, furt, viol, crime din gelozie sau ca urmare a raptusurilor delirante. De la studiile lui LEY și CHARPENTIER (1910) pînă la statisticile cele mai recente, se implică mecanismul dezinhibitor al alcoolului, declanșator al unor tendințe patologice de personalitate ale delincvenților. Acesta este și motivul pentru care legiuitorul nu a dispus absența discernămîntului decît în cazurile de alcoolism cronic, în care alienarea mintală a fost primară (a precedat alcoolismul), sau dacă este vorba de beție patologică. Date recente apreciază că alcoolul este cauza privărilor de libertate la 30—50% din deținuți, iar familiile de alcoolici furnizează 75% din delincvenții juvenili. Țara noastră comunică cifra de 10,8% ca reprezentînd accidentele rutiere datorate alcoolului (Franța înregistrează 30%).

Legislația țării noastre, ca de altfel a majorității țărilor (unele, ca Libia, Arabia Saudită, Yemen, Kuweit, India, interzic total băuturile alcoolice), limitează consumul de alcool și prevede pedepse severe în cazul consumului de băuturi de către minori, la locul de muncă, în locuri publice în afara programului stabilit, conducerea autovehiculelor sub influența alcoolului, deranjarea liniștii și ordinii publice. De asemenea, au fost reglementate măsurile împotriva bolnavilor alcoolici periculoși (Decret 313).

Măsurile terapeutice sînt incluse în perimetrul larg al organizării asistenței sanitare și se efectuează preponderent în cadrul rețelei de psihiatrie. Țări ca Anglia, Austria, Suedia, U.R.S.S., Polonia, Bulgaria etc. au înființat servicii special destinate acestui tip de toxicomani, în unele cazuri cu tratamentul obligatoriu.

Alcoolismul beneficiază de o asistență psihiatrică adecvată (spitale, LSM), în care planul terapeutic vizează următoarele obiective:

- tratamentul diferențiat al formelor clinice în timpul spitalizării și ambulator (rehidratare, psihotonice, alcooloterapie, sedative, vitamine, tonicardiace etc.);
- tratamentul alcoolismului cronic care, după schema lui LAMIEUX, vizează: apelarea la motivația etică, cură de abstinență în servicii de psihiatrie, cure psihoterapeutice (de grup, psihanaliză, hipnoză), cură medicamentoasă de substituire sau de susținere cu psihostimulente, cură de aversiune (de decondiționare).

Alături de măsurile enunțate, programele de educație și informare a populației în legătură cu problema alcoolismului și a consecințelor sale, reducerea producției de băuturi alcoolice concomitent cu dezvoltarea producției de sucuri naturale din fructe, legume sînt elemente importante în activitatea de propagandă antialcoolică.

432. **ALCOOLOFILIE** (cf. arab. *al-kohl*; gr. *philos* „prieten") ● Termen folosit în vechea psihiatrie pentru a desemna cea mai frecventă și cea mai cunoscută dintre „filii", aceea pentru alcool. Nu s-a impus în descrierile nozografice, avînd nuanța unui eufemism în vădit dezacord cu ravagiile somatice și psihice provocate de acest „fals prieten".

433. **ALCOOLOMANIE** (cf. arab. *al-kohl*; gr. *mania* „nebunie") — sin. METOMANIE ● Unii autori, în special francezi, folosesc termenul pentru a circumscrie alcoolismul ca toxicomanie (PERRIN). Totuși, există diferențe între alcoolism și toxicomanii, care ar putea fi sintetizate astfel:

Tabel nr. VII

	Toxicomanii	*Alcoolism*
● personalitate	tulburări grave, constante	pronormalitate în 50% din cazuri
● toleranță	mare	foarte variabil
● dependență psihologică	rapidă, imperioarsă	lent instalată
● dependență somatică	foarte mare	variabilă după formă

Alţi autori, printre care RAINAUT, au arătat recent că există o serie de similitudini în ceea ce priveşte debutul, ignorarea riscului expunerii la toxic, caracterul autoperceptiv şi hiperbulia legată de procurarea şi consumul de drog. Optăm pentru păstrarea unei distincţii între cele două categorii de consumatori de substanţe cu caracter toxic. FONTAN a propus termenul de TOXITUDINE pentru consumul produselor cu vînzare liberă, printre care şi alcoolul, care dau totuşi dependenţă (tutunul, cafeaua), rezervîndu-l pe cel de toxicomanie pentru substanţele procurate ilicit sau deturnate de la utilizarea lor medicală normală. Denumirea de alcoolomanie a fost folosită şi în sens restrictiv, de dipsomanie, alcoolism epsilon (după JELLINEK), sau (după ROBERT), comportament alcoolic paroxistic.

434. **ALCOOLOPAT, ALCOOLOPATIE** (cf. arab. *al-kohl* ; gr. *pathos* „suferinţă") ● Vechi termen care desemnează pe individul suferind din cauza consumului de alcool, cu referire la manifestările clinice generate de acest consum pe plan somatic, psihic şi comportamental. Inclusă în cadrul vast al toxicopatiilor, alcoolopatia subsumează, la rîndul ei, alcoolomania. Dependenţa de alcool pe care o implică, face din suferinţele alcoolopatului subiect al intervenţiei psihiatrice. Ca şi în alte cazuri (pneumopat, cenestopat, psihopat), termenul este lipsit de precizie.

435. **ALDERLIN**(M) Suedia — DCI *Pronetalol* ● Betablocant cu acţiune psihotropă, de tip 2-isopropilamino-1-(naftil-2)etanol, indicat în combaterea anxietăţii cu şi fără determinări somatice, alcoolism, tulburări de dinamică sexuală, combaterea tremorului senil, a tremorului parkinsonian şi a celui din supradozarea tratamentului cu litiu. Nu se asociază cu IMAO.

436. **ALDOL**(M) Belgia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin/-4′-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar şi cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

437. **ALDOSTERONISM** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CONN(S) sindrom.

438. **ALEGERE** (cf. lat. *allegere* „a alege") ● Termenul desemnează, în accepţiunea sa cea mai frecventă, actul decizional, conştient şi voluntar (obiectivat într-o atitudine opinie, judecată de valoare, acţiune) prin care subiectul reţine/păstrează o variantă dintre mai multe posibile şi respinge alte variante.

În psihologie se foloseşte expresia „metodă de alegere" ; în fiziologie există „reacţie de alegere" şi „alegerea căii" ; în psihopatologie — alegere asortativă.

Conduita umană este fondată, esenţial, pe acte decizionale, conştient-voluntare, cu dublă desfăşurare, internă şi externă. Fixarea scopului este un act decizional de alegere, rezultat al luptei dintre motive, a evaluării condiţiilor interioare subiective şi a condiţiilor exterioare obiective ; în ultimă instanţă, alegerea este determinată de motivul cel mai puternic, nu totdeauna şi cel mai conştient pentru subiectul în cauză. Transpunerea în plan comportamental şi acţional a scopului este mediată operaţional şi instrumental.

În teoria deciziei, momentele cele mai importante sînt reprezentate de :

- identificarea principalelor variante ale acţiunii şi estimarea consecinţelor lor ;
- ierarhizarea efectelor previzibile în urma aprecierii lor prin prisma utilităţii (subiective) sau a valorii (obiective) sociale ;
- estimarea posibilităţilor de reuşită sau de eşec pentru fiecare variantă de acţiune ;
- adoptarea strategiei de acţiune : de tipul minimaxim (sau „maximalizarea cîştigului") sau de tipul maximinim (sau „minimalizarea pierderilor") ;
- reducerea variantelor de acţiune pînă la „structura alternativelor" (dilema) ;
- înlăturarea „structurii alternativelor" şi investirea uneia dintre variante cu atributul de „optimă".

Deciziile privesc nu numai obiectivele, ci şi mijloacele, acestea din urmă putînd funcţiona ca scopuri parţiale. Raportată şi circumscrisă voinţei ca fază a demersurilor acesteia, alegerea poate căpăta semnificaţii patologice în condiţiile suprimării suportului voliţional sau al destructurării suportului motivaţional. Raportată şi circumscrisă adaptării sociale, „alegerea partenerului" (conjugal, de muncă, de distracţie etc.) reprezintă ultima etapă a stabilirii şi funcţionării unei relaţii interpersonale, ceea ce presupune din partea subiectului în cauză selectivitate şi analiză plurifactorială. Dintre criteriile utilizate în alegerea partenerului (inserate în diverse lucrări de specialitate), se pot enumera : criteriul proximităţii biopsihologice sau psihosociale (afinităţi comune, atitudini, valori, aspiraţii sau idealuri asemănătoare, constituţie fizice apropiată, rolur şi statute similare etc.), criteriul utilităţi

(KELLEY și THYBAUT), criteriul preferinței interpersonale (J. L. MORENO etc.) Nu totdeauna alegerea partenerului este adecvată sau durabilă, așa cum o demonstrează rata crescută a despărțirilor, a conflictelor de muncă sau a prieteniilor destrămate la scurt timp după realizarea lor. Un rol important în geneza acestor disfuncționalități interpersonale revine (pre)existenței, în cadrul diadelor menționate sau al colectivității, unor personalități dizarmonice sau unor boli psihice, care pot genera decizii deviate ca sens și conținut, decizii întîlnite în aproape întreaga patologie psihiatrică.

În psihanaliză, FREUD vorbește despre două tipuri de alegere obiectuală : alegerea narcisică și alegerea prin sprijin. Alegerea narcisică are la bază relația subiectului cu propria persoană, obiectul ales îl reprezintă pe subiect, este analog subiectului sau unor particularități importante ale sale. Alegerea narcisică se face, la rîndul ei, după tipul de narcisism (FREUD) ; astfel subiectul alege după una sau mai multe din următoarele variante : „... ceea ce este el însuși, ceea ce a fost, ceea ce ar dori să fie sau o persoană care a reprezentat o parte din propria persoană".

Alegerea prin sprijin se bazează pe relația subiectului cu modelele parentale, obiectul ales reprezentînd unul dintre aceste modele ; originea acestui tip de alegere se află în faptul că inițial pulsiunile sexuale se sprijină pe (se satisfac prin) pulsiunile de autoconservare. Alegerea prin sprijin este alegerea acelui obiect care, prin analogie cu figurile parentale, asigură hrană, protecție, securitate.

În general, alegerea obiectului, în accepțiunea lui FREUD, vizează fie alegerea unei anumite persoane (de exemplu, alegere obiectuală după modelul patern), fie alegerea unui tip de obiect (de exemplu, alegerea „obiectului homosexual"). Alegerea nevrozei se definește ca „ansamblu de procese prin care un subiect se angajează într-un anumit tip de psihonevroză și nu în altul" (J. LAPLANCHE, PONTALIS).

Ca metode de alegere se pot distinge :

- metoda spontană : alegerea/preferința spontană între doi stimuli sau situații asemănătoare (metodă de laborator) ;
- metoda multiplă : alegerea unei situații răspuns din mai multe categorii ordonate ierarhic, mai puțin numeroase decît acelea pe care le-ar putea decela subiectul. De exemplu, în tehnica chestionarului — care se bazează pe asocierea unei serii de răspunsuri (variante alternative) la fiecare item —, subiectul trebuie să aleagă răspunsul pe care-l consideră bun sau concordant cu felul său de a fi ;
- metoda de alegere forțată : metodă de selecție a celor mai înzestrate cadre sub raportul unor parametri fixați anterior corespunzător postului, pe baza aprecierii unor arbitri-judecători ; metoda a fost utilizată spre finalul celui de al doilea război mondial, de către armata americană, în selectarea unor cadre, și ulterior extinsă în domeniul industriei și marketingului. O altă variantă a acestui tip de alegere poate fi considerat testul Szondi, în care subiectul optează, din mai multe variante, pentru două cupluri, pe care le situează la cei doi poli : simpatie/antipatie. Alegerea se bazează pe „caracterul evocator" specific al fotografiilor, corespunzător unor trebuințe pulsionale ale subiectului investigat.

SZONDI demonstrează, prin probele de asociație factorială (asociații făcute pe marginea diferitelor fotografii din test), că aceste imagini (figuri ale unor bolnavi psihici aparținînd marilor categorii de maladii pulsionale) au caracter evocator specific, adică se adresează acelor trebuințe pulsionale pe care le reprezintă.

Astfel, imaginile din categoria h (homosexuali) provoacă asociații și reprezentări specifice domeniului homosexualității ; fotografiile epilepticilor provoacă asociații care trimit la caracteristici epileptoide etc. Acest lucru ar însemna că fotografiile sînt saturate de factori pulsionali specifici, deci ele stimulează trebuințe pulsionale specifice, atracția și respingerea fiind în raport cu aceste trebuințe → SZONDI(T) test.

În fiziologie, noțiunea este utilizată în două sensuri :

- reacție de alegere : tip de reacție experimentală, întîlnită frecvent în studiul de laborator al învățării prin condiționare, constînd în maniera deosebită de reacție la doi sau mai mulți stimuli de modalitate senzorială identică sau diferită. Noțiunea a fost introdusă de EXNER în 1868, care a stabilit și timpul de latență stimul/ reacție ;
- alegerea căii : desemnează procesul de conducere a excitației de la un neuron la altul. Pentru a-și croi drum, energia nervoasă trebuie să învingă rezistențele întîlnite, deci să găsească căile de rezistență minimă. Noțiunea se leagă de fenomenul reducerii rezistențelor, exprimînd alegerea căii preferențiale pentru conducerea excitației.

Scanned with OKEN Scanner

439. ALEKSANDROVSCHI — scală ● Folosită în aprecierea valorii efectului tranchilizantelor în patologia psihiatrică de graniță. Concepută în 1970, scala permite o analiză polivectorială, favorizînd elaborarea unui indice global de valoare a medicamentului. Simptomatologia clinică aflată la baza construirii scalei cuprinde excitabilitatea, instabilitatea, epuizarea, tulburări de tip astenic, idei cu caracter hipocondriac, tulburări vegetative, tulburări paroxistice, tulburări hipnice, modificări de tonus muscular.

440. ALERGIE (cf. gr. *allos* „altul" + *ergon* „acțiune, lucru") — sin. ATOPIE ● Termen introdus în 1906 de PIRQUET, desemnînd reactivitatea modificată a organismului la un contact cu un agent (alergen) față de care s-a produs anterior o sensibilizare. Procesul are la bază mecanisme imunologice. Starea de alergie presupune un fond de reactivitate modificată, pe care se poate produce reacția alergică, ceea ce face necesară distincția între starea de alergie (potențială) și reacția alergică. Deși, implicarea mecanismului imunologic este considerată de majoritatea autorilor ca obligatorie pentru definirea alergiei, se descriu și manifestări alergice care apar la acțiunea frigului, căldurii, presiunii, ca și în condiții de stres, ori în emoții puternice sau la indivizi ce prezintă un tip de alterare a reactivității, fără implicarea unui mecanism imun (patergie — după URBACH și colaboratorii), după cum există și reacții alergice la un alergen simbolic, imagistic. După unele opinii, ele se datorează intervenției acetilcolinei și probabil și a histaminei.

Aplicabilitatea noțiunii de alergie în psihiatrie a suscitat multe discuții. Este clară apariția reacțiilor alergice în cazurile de encefalite infecțioase, în care se produce modificarea reactivității organismului prin mecanism imunologic. În asemenea cazuri au fost descrise crize de delir acut. HYVERT, BARUK, AUBIN au subliniat relația dintre fazele alergice ale tuberculozei latente și unele manifestări nevrotice sau psihotice. Foarte seducătoare s-a dovedit a fi ipoteza acțiunii alergizante a unor șocuri emoționale violente sau a situațiilor conflictuale prelungite, cu posibilitatea de apariție ulterioară a reacției alergice la stresuri de mai mică importanță. LEPINE a descris printre primii această sensibilizare și „anafilaxie emotivă", la marii șocați din primul război mondial. PASCAL și DESCHAMPS au dezvoltat noțiunea de teren tarat din punct de vedere moral și psihic. Franz ALEXANDER 1941) a găsit la adulții alergici, folosind cura analitică, o fragilitate afectivă marcată, generată de traumatismele afective din prima copilărie. S-a mers pînă la a considera posibilă intervenția alergiei în accesele maniaco-depresive. Considerăm ca nefondată extensia abuzivă a unor asemenea interpretări, care se îndepărtează de la modul în care este concepută la ora actuală noțiunea de alergie. Reluînd studiul traumatizaților de război, ABELY a arătat că este vorba mai degrabă de o „hiperestezie afectivă" dobîndită și de o „saturație emotivă", care îl face pe subiect să explodeze la cel mai mic stimul iritativ. În sfîrșit, trebuie avută în vedere posibilitatea unei reactivități particulare a sistemului nervos central în cazul unor manifestări „alergice" fără implicarea mecanismului imun, posibil prin intervenția acetilcolinei, histaminei.

Alergia medicamentoasă survine la administrarea unei substanțe medicamentoase (alergen declanșator) cu care organismul a mai venit în contact, sau a unei substanțe conținînd anumite grupări chimice identice cu ale alergenului. În general, toate tipurile de medicamente psihotrope pot declanșa reacții alergice. Astfel, neurolepticele, antidepresivele pot da uneori erupții maculo-papulare, rush-uri morbiliforme, urticarie, edem angioneurotic, purpură netrombocitopenică, dermatite de contact. Icterul colestatic, ce apare uneori după tratamentul neuroleptic, pare a fi tot de natură alergică. De obicei, prin același mecanism apar agranulocitoza, trombocitopenia, eozinofilia, leucocitoza (provocate de triciclice) sau leucopenia (triciclice și IMAO). Uneori terapia cu litiu produce reacții alergice cutanate și vasculite. Sedativele și tranchilizantele determină ocazional alergii cutanate diverse, leucopenii, agranulocitoze, trombocitopenii, anemii (chiar anemie aplastică).

441. ALERGIE PSIHICĂ ● Stare produsă de contactul subiectului cu un antigen determinant, care se modifică în sensul reacției la un contact ulterior cu același antigen, într-un mod diferit și cu o intensitate mai mare. În psihologie, termenul este utilizat de BENO pentru a descrie o stare de sensibilizare psihică datorată intervenției unui factor psihotraumatic pe un teren predispozant, stabilindu-se astfel o analogie cu fenomenul de alergie biologică.

442. ALERTĂ (fr. *allerte* „alarmă") ● Stare de veghe ce caracterizează așteptarea „armată", constînd dintr-un ansamblu de procese ce pregătesc o receptivitate crescută și orientată în scopul unei declanșări prompte a răspunsului (verbal, motor). Reprezintă o formă de adap-

tare a întregului regn animal, fiind o stare psihofiziologică de activism nespecific al organismului, datorită căreia se semnalează anticipator o expectanţă, exigenţă, trebuinţă, pericol real sau probabil (sau imaginar, ca în patologia psihică). Alerta declanşează mobilizarea şi orientarea mecanismelor de apărare (de exemplu, creşterea acuităţii senzoriale, a permeabilităţii informaţionale) şi facilitează (sau susţine) declanşarea răspunsului, reacţiei comportamentale. La animalele, alerta declanşează orientarea faţă de agresor sau victimă, creşterea acuităţii senzitive (pînda este un astfel de exemplu). La om alerta este starea de vigilenţă în care persoana se orientează temporar şi conştient spre o anumită direcţie, pregătindu-se pentru a acţiona eficient (deci adaptat). În acţiune intră fie mecanismele de ordin afectiv, fie mecanismele de ordin intelectual, fie ambele. Menţinerea acestei stări, pentru un interval de timp prea îndelungat, determină însă epuizarea energiei şi deformează reacţia de răspuns. În funcţie de natura mecanismelor declanşate (afective şi/sau intelectuale), precum şi in funcţie de trăsăturile psihologice ale personalităţii se disting stări de alertă diferite, atît ca intensitate cît şi ca modalitate de exprimare : reacţii de alertă primare (instinctuale) şi secundare ; normale şi morbide ; inhibate şi manifeste. În psihopatologie, sensul şi formele de manifestare a stării de alertă se reflectă în „anxietatea de aşteptare" a nevroticului, în raptusurile anxioase şi delirante din psihozele afective şi din schizofrenie, soldate cu acţiuni auto- şi heteroagresive.

443. **ALESTEZIE** (cf. gr. *allos* „altul" ; *aisthesis* „simţire") — sin. ALCESTEZIE ; ALOESTEZIE ● Fenomen prin care stimularea unui punct cutanat aflat la nivelul unui hemicorp duce la apariţia unei senzaţii localizate în partea opusă. De obicei, punctul în care senzaţia se localizează este simetric cu cel stimulat. Un caz particular al acestui fenomen îl reprezintă ALODINIA, în care stimularea unei mîini este însoţită de apariţia senzaţiei la cealaltă mînă. Acest fenomen îşi află determinarea în modalităţile de proiecţie ale căilor senzoriale şi în mecanismele de integrare centrale a informaţiei senzoriale.

444. **ALEXANDER Franz** (1891 — 1964) ● Psihanalist german de prestigiu şi pionier al medicinii psihosomatice. Îşi definitivează studiile medicale la Götingen, apoi în 1919 la Berlin, la Institutul de formare psihanalitică, unde publică, doi ani mai tîrziu, împreună cu H. SACHS, studiul „Analiza personalităţii totale", apreciat de FREUD în mod deosebit. Din 1923 se stabileşte în S.U.A., pentru ca, în 1932, să înfiinţeze la Chicago un institut de psihanaliză — structurat foarte asemănător cu cel berlinez —, pe care-l va conduce timp de 25 ani. Preocupat mai mult de situaţiile conflictuale ale vîrstei adulte decît de cele infantile, a adoptat în timpul curei o atitudine activă, încurajatoare, care i-a permis scurtarea duratei terapiei. Numele său este legat nu numai de psihanaliză, ci şi de psihosomatică, al cărei promotor este. Dintre lucrările sale amintim : „Criminalul, judecătorul şi publicul" (1939), „Principii de psihanaliză", în care propune o îmbunătăţire a tehnicii analitice în sensul supleţei şi adaptării ei individuale, „Vîrsta noastră de derealizare" (1942) şi „Spiritul occidental în mişcare" (1960), care se referă la condiţia transculturală a personalităţii. Din 1956, pînă la moarte, conduce departamentul de Psihiatrie şi Psihanaliză al spitalului Mount-Sinai din Los Angeles.

445. **ALEXANDER Gerda — metodă** → REEDUCARE PSIHOTONICĂ.

446. **ALEXANDER — scală** ● Baterie de inteligenţă factorială, elaborată de W. P. ALEXANDER, în 1935, şi cunoscută sub numele de scala de performanţă Alexander (ALEX) ; este utilizată atît în orientarea şcolară şi profesională a tinerilor (care au depăşit vîrsta de 11 ani) dezvoltaţi normal, cît şi a celor handicapaţi (surdo-muţi, debili mintal). BRODY a aplicat-o în psihiatrie pentru evaluarea deteriorării mintale. După R. B. CATTEL, scala Alexander reprezintă una dintre cele mai bune probe de performanţă utilizate la ora actuală, datorită faptului că nu este dependentă de dexteritatea manuală şi de experienţa anterioară a subiecţilor testaţi, avînd şi o bună corelaţie cu alte teste de inteligenţă şi de adaptabilitate socială.

Bateria include trei teste, dintre care două teste clasice restandardizate (cuburile Kohs) şi unul original — o probă de răbdare — denumit Passalong. Acesta din urmă constă din nouă probleme de dificultate crescîndă, cerînd realizarea unor configuraţii cu ajutorul unor plăcuţe colorate care trebuie deplasate prin alunecare pe un platou prevăzut cu spaţii goale. Sistemul de cotare vizează timpul şi corectitudinea execuţiilor, precum şi succesiunea etapelor rezolutive.

447. **ALEXIE** (cf. gr. *a-* ; *lexis* „cuvînt") ● Tulburare neurologică, delimitînd incapacitatea de înţelegere a mesajului scris, însoţită

cel mai adesea și de incapacitatea de a scrie. Primele observații asupra acestei tulburări îi aparțin lui GENDRING (1838), iar la sfîrșitul secolului trecut, CHARCOT (1887) descrie primul caz tipic de alexie (termenul a fost introdus în 1882). DÈJERINE o va considera ca o afazie specializată, iar P. MARIE — doar o agnozie specializată, istoria dîndu-i desigur dreptate celui dintîi.

După HECAEN, cea mai potrivită clasificare anatomoclinică a alexiilor ar fi cea tripartită :

- alexii de însoțire a afaziilor senzoriale (din leziunea temporală posterioară) ;
- alexie agrafie (din leziunile pliului curb) ;
- alexie pură sau alexie agnozică (din leziunile corpului calos sau occipitale).

În alexia însoțită de agrafie (din leziunile parietale), subiectul pierde capacitatea de a avea o „strategie perceptivă" (HASLERUD și CLARK). Se poate afirma că această alexie se manifestă la nivelul cuvîntului și nu al literelor. Ea diferă astfel de alexia pură, în care se pierde, după GOLDSTEIN și CONRAD, „structura formelor", deși bolnavul nu prezintă tulburări de limbaj, de strategie perceptivă a lecturii, de integritate a scrisului.

În cadrul alexiei pure pot fi delimitate (după HECAEN, AJURIAGUERRA, DUBOIS KAMMERER) :

- *alexia globală* — este caracterizată prin imposibilitatea citirii literelor sau cuvintelor, cu păstrarea capacității de citire a numerelor și cifrelor. Sub dictare, bolnavul poate scrie, fără să-și poată controla însă „producțiile" ;
- *alexia literală* — este caracterizată prin identificarea defectuoasă a unor litere (extrem de rar identificarea este complet abolită). Paralexia este frecventă în această tulburare, mai ales în cazul în care alexia literală se referă la litere finale (se realizează așa-numitele paralexii în sferă semantică, descrise de BERINGER și STEIN). Înțelegerea numerelor și cifrelor poate fi, de asemenea, modificată (mai ales în ceea ce privește numerele de mai multe cifre). Scrierea după dictare se face cu greșeli. Se poate asocia cu alte tulburări ale imaginii și culorii ;
- *alexia verbală* — se caracterizează prin păstrarea capacității subiectului de a recunoaște cu precizie literele (în totalitate sau măcar parțial), atunci cînd sînt în poziție normală (mult mai greu dacă sînt inversate sau înclinate), ca și a celei de a citi cuvintele. Subiectului îi este însă imposibil să citească un text. Numerele mai mari de trei cifre sînt, de asmenea, citite sau scrise cu dificultate ;
- *alexia frazei* este caracterizată prin capacitatea subiectului de a citi litere și cuvinte, dar prin incapacitatea sa de a le integra într-un text.

Termenul de alexie mai este folosit pentru a denumi o dislexie, așa-numita alexie congenitală — incapacitatea aptitudinală a unor subiecți cu intelect normal de a deprinde cititul.

De asemenea, se mai vorbește despre o pseudo-alexie, în cazul unor subiecți care, înțelegînd sensul unui text citit, nu pot să-l reproducă verbal. Ambii termeni sînt însă diferiți de sfera alexiei propriu-zise.

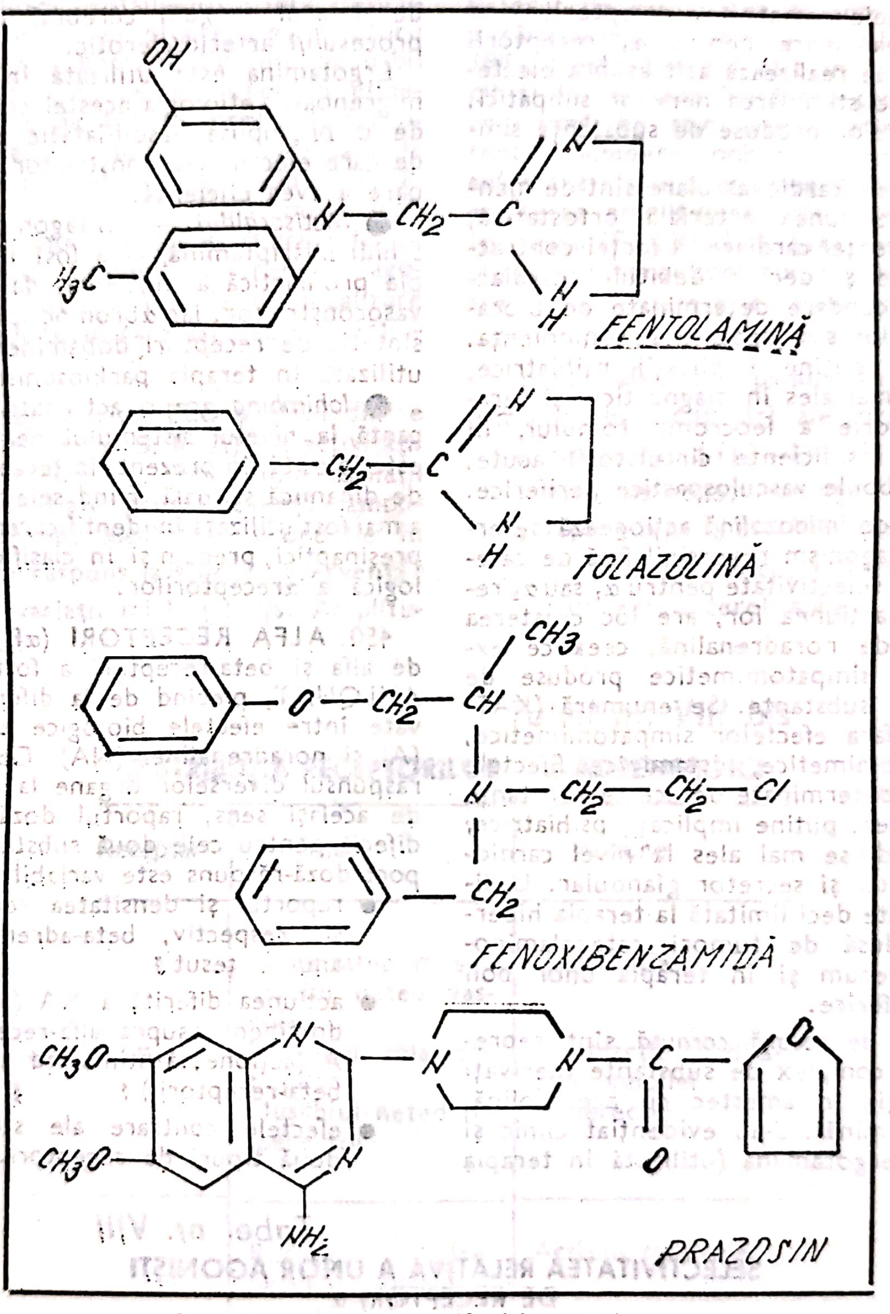
448. **ALEXITIMIE** (cf. gr. *a-* ; *lexis* „cuvînt" ; *thymos* „spirit") ● Elaborat în 1972 de SIFNEOS, termenul semnifică dificultatea de relatare și de descriere a propriilor emoții. Alexitimia trădează, după TAYLOR, lipsa unei verbalizări legate de afectivitate, ca și a suportului imaginativ necesar acestei acțiuni. Inițial, alexitimia a fost descrisă în bolile psihosomatice, crezîndu-se că bolnavul psihosomatic nu-și poate exprima trăirile decît în limbaj somatic (RUESCH), iar Mac LEAN va vorbi chiar de un „limbaj al organelor", dar aceste ipoteze nu au fost verificate. SWEET și FRIEDMANN găsesc „analfabeți emoțional" și în numeroase alte afecțiuni. Această observație a coincis cu cea oferită de terapeuții psihanaliști, care au raportat insuccese la subiecții alexitimici. În 1976 (la Congresul de Psihosomatică de la Heidelberg,) se stabilesc următoarele caracteristici ale alexitimiei :

- reprezintă o tulburare psihică specifică, manifestată în sfera comunicării ;
- exprimă lipsa gîndirii simbolice și anticipative ;
- gîndirea, în aceste cazuri, are caracter operativ (MARTY, M'UZAN), utilitar, se referă strict la evenimente externe ;
- imaginația este redusă ;
- visele au un conținut cu caracter primar ;
- dificultățile în descrierea verbală sînt evidente în stările emoționale legate de senzațiile corporale ;
- există o pseudonormalitate adaptativă (Mc. DOUGALL) ;
- se remarcă hipomimie și hipoexpresivitate facială ;
- capacitate empatică redusă.

Sindromul alexitimic se poate întîlni în : tulburări psihice somatoforme, durerea psihogenă, toxicomanii, reacții posttraumatice, depresii mascate, dizarmonie de tip narcisic (LANGS, SMITH, WEINER) FREYBERGER descrie o alexitimie primară și una secundară,

susţinind că în alexitimia secundară este vorba de persoane care-şi modifică stilul comunicativ. Ipotezele etiologice se referă la ereditate, stil cognitiv, învăţare socială. Evaluarea alexitimiei se realizează prin teste specifice proiective, analiza probelor de vorbire sau chestio-

educaţionale, ca şi unele terapii de grup. În tulburările psihosomatice ale procesului alexitimic, se recomandă tranchilizante majore, în doze mici (FLANNERY) şi antidepresive (BLUMER), iar ca psihoterapie biofeed-back-ul şi terapiile de relaxare.



Structura chimică a alfa blocantelor

nare. Alexitimia complică bolile organice prin prelungirea spitalizării lor şi sporeşte dificultăţile recomandării unei medicaţii eficiente. Din punct de vedere psihoterapeutic, se notează răspunsul bun la terapiile suportive şi

449. **ALFA BLOCANTE** (αB) ● Substanţe ale căror acţiuni farmacologice se realizează prin blocarea receptorilor α adrenergici. Utilizarea lor este însă limitată de alte acţiuni farmacologice, care nu se datoresc antagonismului α receptorilor (KATZUNG).

Scanned with OKEN Scanner

● *Haloalchilaminele* sint un grup de substanțe α blocante, al căror reprezentant principal este fenoxibenzamina. Mecanismul de acțiune este reprezentat de antagonismul ireversibil pentru α adrenoreceptor, ceea ce explică durata mult mai mare de acțiune, comparativ cu alte substanțe α blocante. Fenoxibenzamina antagonizează efectele mediate de α receptori, avînd o afinitate mai mare pentru α_1 receptori. Antagonismul se realizează atit asupra efectelor produse de stimularea nervilor simpatici, cit și asupra celor produse de substanțe simpatomimetice.

Dintre efectele cardiovasculare sint de menționat: hipotensiunea arterială ortostatică, creșterea frecvenței cardiace, a forței contractile miocardice și deci a debitului cardiac. Alte efecte secundare determinate de blocajul α receptorilor sint sedarea și somnolența. Substanța are puține implicații psihiatrice, fiind utilizată mai ales în diagnosticul și terapia preoperatorie a feocromocitomului, în terapia unor insuficiențe circulatorii acute, precum și în bolile vasculospastice periferice.

● *Derivații de imidazolină* acționează determinind un antagonism reversibil față de catecolamine, fără selectivitate pentru α_1 sau α_2 receptori. Prin acțiunea lor, are loc creșterea concentrației de noradrenalină, ceea ce explică efectele simpatomimetice produse de acest grup de substanțe. Se enumeră (KATZUNG), în afara efectelor simpatomimetice, și efecte colinomimetice, histaminice. Efectele farmacologice determinate de aceste substanțe au, de asemenea, puține implicații psihiatrice, ele manifestîndu-se mai ales la nivel cardiovascular, digestiv și secretor glandular. Utilizarea clinică este deci limitată la terapia hipertensiunii produsă de tumori catecolaminosecretante, precum și în terapia unor boli vasculare periferice.

● *Alcaloizii de secară cornută* sint reprezentați de un complex de substanțe (derivați de acid lisergic în amestec cu acetilcolină, histamină, tiramină). S-au evidențiat clinic și armacologic: ergotamina (utilizată în terapia unor forme de migrenă), ergotoxina (utilizată, sub formă de DH-Ergotoxină, în terapia arteriosclerozei cerebrale), precum și ergonovina cu efecte ocitocice.

Ergotoxina este utilizată preferențial în terapia unor tulburări neuropsihice ale vîrstnicilor, tulburări a căror etiologie este legată de debitul sanguin cerebral redus datorită procesului arteriosclerotic.

Ergotamina este utilizată în „aura" crizei migrenoase, etiologia acestei crize fiind legată de o presupusă vasodilatație cerebrală, față de care efectul vasoconstrictor al ergotaminei pare a avea eficiență.

● *Metisergidul* — antagonist sintetic de 5-hidroxitriptamină — a fost utilizat în terapia profilactică a migrenei, datorită efectului vasoconstrictor, iar αbromocriptina — agonist sintetic de receptori dopaminergici — a fost utilizată în terapia parkinsonismului.

● *Iohimbina* are o activitate intensă αblocantă la nivelul sistemului nervos central și este folosită, în prezent, în terapia tulburărilor de dinamică sexuală. Fiind selectiv α_2 blocantă, a mai fost utilizată în identificarea αreceptorilor presinaptici, precum și în clasificarea farmacologică a αreceptorilor.

450. **ALFA RECEPTORI** (αR) ● Conceptul de alfa și beta-receptori a fost introdus de AHLQUIST, plecînd de la diferențele observate între efectele biologice ale adrenalinei (A) și noradrenalinei (NA). Deși, de regulă, răspunsul diverselor organe la A și NA este de același sens, raportul doză-răspuns fiind diferit pentru cele două substanțe. Acest raport doză-răspuns este variabil în funcție de:

- raportul și densitatea receptorilor alfa și, respectiv, beta-adrenergici într-un anume țesut;
- acțiunea diferită a NA (acționează predominent asupra alfa-receptorilor) și a A (acționează stimulind atit alfa- cit și beta-receptorii);
- efectele contrare ale stimulării celor două tipuri de receptori.

Tabel nr. VIII

SELECTIVITATEA RELATIVĂ A UNOR AGONIȘTI DE RECEPTORI α

Substanța	*Receptor*
Fenilefrină Metoxamină	α_1-selective
Adrenalină Noradrenalină	$\alpha_1 \sim \alpha_2$
Clonidină α-metilnoradrenalină	α_2-selective

Diferențierea tipurilor de receptori a fost posibilă prin utilizarea de blocante și antagoniști, care au permis clasificarea receptorilor alfa în două tipuri : α_1 și α_2. Cercetările farmacologice au permis localizarea celor două tipuri de alfa-receptori astfel : $\alpha_1$receptorii predomină la nivel postsinaptic (fibre musculare netede și celule secretoare) ; $\alpha_2$receptorii sînt localizați pre- și postsinaptic, fiind probabil implicați în medierea retrocontrolului eliberării presinaptice de NA și, probabil, acetilcolină. Postsinaptic, au fost identificați la nivelul cortexului cerebral, sugerîndu-se (KATZUNG) că, de fapt, la nivelul sistemului nervos central, receptorii α_1 și α_2 reprezintă un tip unic, cu două forme funcționale — agonistă și antagonistă, în funcție de localizare și de neuromediatorul care își exercită acțiunea.

451. **ALFA (α) — ritm EEG** ● Unul dintre ritmurile principale (α, β, θ, Δ) ale activității bioelectrice a creierului, format din oscilații continue, diferențiate prin frecvență, amplitudine, morfologie, localizare, proporție în traseu, mod de răspuns la stimuli. Frecvență : 8—13 c/s, cu variații mici ±1 c/s. Amplitudine : 10—100μV. Morfologie : sinusoidal în fusuri, simetric, sincron bilateral. Localizare : occipitală (dar cu posibilități de migrare anterioară). Proporția în traseu : 20—90% (ritm dominant). Stimulare : desincronizare. Ritmul α apare în jurul vîrstei de 10 ani, pare a fi legat de capacitatea de integrare corticală a răspunsului la stimuli vizuali (LINDSLEY, 1974) ; este prezent atît în stare de veghe, cît și în relaxare fizică sau psihică ; poate fi amplificat de stimularea luminoasă intermitentă, închiderea ochilor, urmărirea de către subiect a ritmului α înregistrat ducînd atît la creșterea amplitudinii, cît și a procentajului în traseu (E. CRIGEL). Este atenuat/blocat de stimuli luminoși continui, deschiderea ochilor, atenție, activitate psihică evidentă.

Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecțiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului α :

- ritm α rapid (12—13 c/s) : anxietate marcată, nevroze, manii ;
- ritm α lent (8 c/s) : imaturitate, personalități dizarmonice, etilism cronic, arterioscleroză cerebrală ;

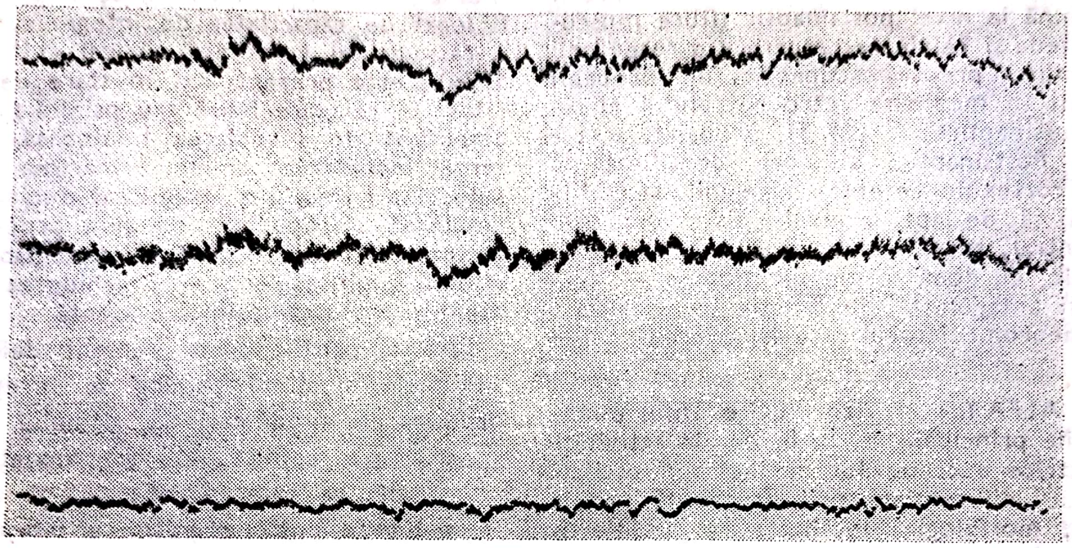
Tabel nr. VIII bis

DISTRIBUȚIA RECEPTORILOR α-ADRENERGICI

Receptor	*Țesut*	*Acțiune*
α_1	Majoritatea mușchiului neted vascular	Contracție
	Mușchiul dilatator pupilar	Contracție cu dilatarea pupilei
	Mușchiul neted piloerector	Piloerecție
α_2	Receptori adrenergici postsinaptici în SNC	Acțiuni multiple
	Trombocite	Agregare
	Terminații nervoase adrenergice și colinergice	Inhibă eliberarea neuromediatorului
	Unii mușchi netezi vasculari	Contracție
	Lipocite	Inhibă lipoliza

- ritm α ascuțit : personalități excitabile, agresivi, hiperkinetici ;
- ritm α cu amplitudine redusă (20—70μV) : cerebrastenie, arterioscleroză cerebrală, stări depresive, hipocalcemie ;

Testul a fost elaborat și utilizat în primul război mondial de către armata americană, în vederea selecționării recruților (pentru orientarea acestora spre armele cele mai adecvate posibilităților lor), complementar cu bateria (testul) beta, structurată pe itemi de performanță, utilizată în cazul candidaților neșcolarizați.



Fragment de înregistrare EEG

- ritm α migrat în derivații anterioare : afecțiuni vasculare, psihoză maniaco-depresivă.

Variantele ritmului α (ritmuri secundare) :

- ritm α variant — descris de PITOT și GASTAUT (1956) ; frecvență 4 c/s, localizare occipitală, fără semnificație pînă la 15—16 ani, dispare la oboseală și somn ; are semnificație patologică în traumatismele craniene ;
- ritm μ — descris de GASTAUT (1952) sub denumirea de ritm în arc („rythme en arceau") ; frecvență 7—10 c/s, amplitudine 40—50μV, localizare EEG centrală și anterioară. Este prezent și la subiecții normali, precum și în tulburări de comportament, disfuncții endocrine și vegetative, hipertensiune arterială, nevroze anxioase ;
- ritm k — descris inițial sub denumirea de α mic ; frecvență 7—9 c/s, amplitudine 30—40μ V, localizare anterioară, apare în somn ; nu i s-a atribuit încă o semnificație patologică.

452. **ALFA**(T) **test** • Cunoscut și sub denumirea de „American Army Test Alpha", reprezintă o baterie de inteligență generală, alcătuită din itemi verbali, care poate fi aplicată colectiv (și individual) la adolescenți și adulți cu o școlarizare medie.

Prezentind o corelație foarte ridicată cu testul Binet-Stanford, testul alfa cuprinde opt subteste, fiecare dintre acestea referindu-se la un anumit aspect al inteligenței : atenție, memorie, spirit de observație, rapiditatea calculului mintal, tipuri de raționament, flexibilitate mintală etc.

453. **ALFAZICAL**(M) Grecia — DCI *Propranolol* • Betablocant cu acțiune anxiolitică → sin. PROPRANOLOL(M) România.

454. **ALGEZIE** (cf. gr. *algesis* „suferință, durere") • Termen introdus pentru a desemna capacitatea de a percepe durerea — este opusul analgeziei. Senzația este percepută de algoreceptori (dolororeceptori) și transmisă pe cale spino-talamică, iar evaluarea „pragului de durere" și a variației lui, în funcție de intensitatea stimulării, se realizează cu ajutorul algezimetrelor. Este încă insuficient explicat motivul toleranței la durere, diferit a femeilor față de bărbați, care sînt mai sensibili în această privință.

455. **ALGHEDONIC** (cf. gr. *algos* „durere" și *hedone* „plăcere") • Atribut al trăirilor origi-

nare în experiențe masochiste, resimțite subiectiv ca „dureri plăcute" → PERVERSIUNI SEXUALE. Trăirile alghedonice pot fi întîlnite și în cadrul psihozelor maniaco-depresive, fie ca o pedeapsă pentru o vinovăție imaginară sau reală (dar minoră și exacerbată) în cazul unui acces depresiv, fie ca o căutare a plăcerii în durere $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALGOMANIE, în cazul unui acces maniacal. Alghedonia este diferită de ALGOLAGNIE.

456. **ALGIE** (cf. gr. *algos*) → ALGEZIE ; DURERE.

457. **ALGII DIFUZANTE POSTTRAUMATICE** — sin. BARRÉ(S) sindrom ; EXTENSO-PROGRESIV(S) sindrom ; NEVRITA ASCENDENTĂ FICARD ; NEVRITA IRADIANTĂ GUILLANIN $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LERICHE(S) sindrom.

458. **ALGO-** (cf. gr. *algos*) ● Se utilizează ca element de compunere savantă, cu semnificația de „(referitor la) durere", „dureros".

459. **ALGOCALMIN(M)** România — DCI *Noramidopyrinium metasulfonicum natricum* ● Acțiune analgezică, de două ori mai puternică decît cea a aminofenazonei, antipiretică, antiinflamatorie, antispastică. Contraindicat în leucopenie, granulocitopenie, la copiii sub trei ani. Produși farmaceutici similari :

ALGOPIRIN(M) Ungaria
ANALGIN(M) Bulgaria
METAPYRIN(M) R.D.G.
NOVALGIN(M) R.F.G.

460. **ALGOFILIE** (cf. gr. *algos* ; *philos* „prieten") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MASOCHISM.

461. **ALGOFOBIE(F)** (cf. gr. *algos* ; *phobos* „frică") ● Frică excesivă de o durere în mod obișnuit tolerabilă (deși neplăcută), în lipsa unei experiențe anterioare majore (naștere, traumatism, strivire, ratarea anesteziei). Nu trebuie confundată cu teama motivată și normală de durere. Este mai frecventă la personalități dizarmonice și în nevroze, fără să aibă o semnificație patologică deosebită.

462. **ALGOHALUCINAȚII(H)** — *halucinații* (cf. gr. *algos* ; lat. *hallucinatio*) ● Halucinații tactile sau somestezice, pe care bolnavul le acuză ca dureroase. Caracterul halucinator este greu de demonstrat, atît timp cît durerea rămîne un fenomen strict subiectiv. O serie de cenestopatii pot fi considerate ca îndeplinind condițiile pentru a intra în această grupă de tulburări.

463. **ALGOHALUCINOZĂ** (cf. gr. *algos* ; lat. *hallucinatio*) ● Tulburare de percepție făcînd parte din corolarul simptomatologic al sindromului de „membru fantomă" (apărut la subiecți adulți care, după amputarea unui membru, continuă să-l „simptă", pentru o perioadă variabilă de timp, datorită persistenței la nivelul scoarței a schemei corporale integre). Algohalucinoza a fost descrisă de Von BOGAERT (al cărui nume îl și poartă) și constă în resimțirea unor senzații neplăcute, dureroase, la nivelul membrului fantomă. Este o halucinoză și nu o halucinație, pentru că bolnavul păstrează critica fenomenului.

464. **ALGOLAGNIE** (cf. gr. *algos* ; *lagneia* „raport intim, desfrîu") ● Termen introdus de SCHRENCK-NOTZING (1899), pentru a desemna acele perversiuni sexuale care sînt legate de existența unei componente dureroase. El dorește să completeze termenul de ALGOFILIE SEXUALĂ, introdus de FÉRÉ, pe care îl consideră echivalent al sadismului (algolagnia activă), dînd înțelesul de algolagnie pasivă masochismului. EULENBURG a insistat foarte de timpuriu (1895) asupra unității dintre cele două fenomene. HAVELOCK-ELLIS, în lucrarea sa „Impulsiunea sexuală", a dedicat un capitol întreg relației dragoste-durere, ajungînd la concluzia că durerea are un anumit „simbolism erotic" și că, pînă la anumite niveluri, poate însoți viața sexuală normală, acționînd în unele circumstanțe (influențate și de parametri etnologici) ca un stimulent sexual, „fiind cea mai puternică dintre toate metodele de trezire a emoției".

465. **ALGONEVROZĂ** (cf. gr. *algos* ; *neuron* „nerv") ● Simptomatologie nevrotică declanșată și întreținută de o durere fizică. Această durere constituie punctul central în jurul căruia se constituie eșafodajul nevrotic. Apariția algonevrozei este favorizată de existența unei hiperalgotimii. Termenul apare la sfîrșitul secolului al XIX-lea, în epoca în care se încerca localizarea nevrozei. Nu este utilizat și nu are acoperire în nici una dintre clasificările psihiatrice moderne, de altfel ar putea fi asimilat mai mult cu o durere sicîitoare decît cu o nevroză în adevăratul sens al cuvîntului.

466. **ALGORITM** (de la numele medicului matematician arab AL KHAREZMI, care a trăit în secolul VIII—IX e.n.) ● Termen preluat din matematică, unde definește un ansamblu de condiții și de reguli (instrucțiuni) care slujesc la rezolvarea scontată a unei probleme (soluții, rezultat), prin aplicarea lor

Scanned with OKEN Scanner

la datele de care dispunem, folosind un număr finit de operații. Este de fapt o „metodă de calcul", utilă în cazul oricărui calcul matematic sau al oricărei construcții logice. În pofida definiției sale aparent complicate, algoritmul este o noțiune simplă, bine cunoscută (vezi, de exemplu, adunarea, scăderea, înmulțirea etc.). În lucrarea sa „Teoria algoritmilor normali", A. MARKOV definește algoritmul prin următoarele proprietăți : operațiile dintr-un proces de calcul sînt „distincte" ; operațiile conduc la obținerea unor relații de determinare univocă între rezultate și datele anterioare ; aplicarea algoritmului ca metodă la o infinitate de probleme particulare ; operațiile ce conduc la rezolvarea problemei trebuie să fie aplicate într-un număr finit ; definirea exclusivă a unei „corelații formale" și nu a conținutului datelor ; trecerea la următoarele etape de calcul se face „mecanic", adică scriere, ștergere de simboluri etc. ; datele, rezultatele și regulile trebuie să fie precise ; posibilitatea implementării pe sisteme de calcul.

Clasificarea algoritmilor se realizează după mai multe criterii :

- funcțional (de clasificare, de transformare, de explorare și căutare, de asamblare, de dezmembrare și diviziune) ;
- de identificare sau de recunoaștere (LANDA) ;
- algoritmi de redactare — de lucru și de control (ȘCHIOPU) ;
- grad de complexitate (simpli, lineari, complecși) ;
- structural (detaliați sau exhaustivi și vagi).

Algoritmii sînt elementele cele mai simple ale construcției logice, calitatea, cantitatea, variabilitatea și rapiditatea cu care sînt manipulați nefiind decît primii pași în drumul lung al proceselor de gîndire.

467. ALGORITMIZARE • Modelare a oricărui proces sau fenomen, conform unui program riguros de procedee și prescripții succesive. Algoritmizarea a devenit extrem de larg răspîndită în contextul informatizării societății, fenomen generat de cea de a treia revoluție industrială, care a dus la introducerea masivă a calculatorului în toate domeniile activității umane. Teoretic, orice fenomen natural sau artificial, biologic, mecanic, psihologic, social poate fi exprimat printr-un algoritm, deci modelat pe calculator. Fenomene relativ simple (de exemplu, procesele tehnologice din diverse ramuri industriale) au putut fi algoritmizate integral (există deja adevărate uzine robotizate), dar cu cît complexitatea fenomenelor și profunzimea analizei lor crește, cu atît crește și complexitatea algoritmilor realizați.

În procesul instructiv-educativ, algoritmizarea activității didactice, de predare-învățare, facilitează formarea rapidă de deprinderi de lucru ce vor fi antrenate ulterior în activități rezolutiv-cognitive mai complexe și mai laborioase.

În domeniul medical, sistemele-expert construite în vederea precizării diagnosticului și tratamentului unor afecțiuni infecto-contagioase (de exemplu, „MYCIN" — S.U.A.) constituie un model de algoritmizare, care încearcă să se apropie de complexitatea clinică oferită de exemplele paraclinice și de antibioterapia diferențiată a acestei patologii. Însăși interpretarea structurii personalității normale și patologice prin intermediul testelor psihologice presupune, de fapt, realizarea unor algoritmi (cu rezultate din păcate destul de modeste, comparativ cu copleșitoarea complexitate a psihismului uman). Îmbogățirea metodelor de diagnostic în psihiatrie cu ajutorul calculatorului oferă, în același timp, posibilitatea unei prelucrări rapide a unui volum imens de date, prin conceperea de algoritmi complecși, ce ne vor aduce mai aproape intimitatea specificului uman.

468. ALIBI EXISTENȚIAL (cf. lat. *alibi* „în altă parte" ; *existentia* „lucruri existente") • Termen preluat din justiție, aplicat personalității normale în actele sale cotidiene și personalității dizarmonice de tip isteric (mitomanul) în forma sa extremă, „*grosolană*", constînd din modalitatea comportamentală compensatorie, subterfugiul psihologic prin care individul reușește să ofere o justificare a faptelor, atitudinilor, acțiunilor sale. Constituind un „*lubrifiant*" care facilitează persoanei „*înșurubarea*", armonizarea, concordanța cu ineditul fiecărei situații la care viața o obligă să facă față, alibiul existențial este prezent, mai mult sau mai puțin disimulat, în viața de fiecare zi, în diferitele ipostaze pe care le reclamă diversitatea și complexitatea vieții sociale. Fiecare individ, atunci cînd este pus de împrejurări în dificultatea de a acționa sau i se solicită schimbarea (chiar nesemnificativă) a statutului sociofamilial sau profesional, încearcă să ofere un alibi existențial — un model, o imagine despre sine pe care o dorește cît mai aproape de cea considerată de el ca fiind cea optimă, cea mai „*avantajoasă*", ca „*soluție existențială*" salvatoare Formule convenționale, scuze, tăceri, motivații de complezență (a căror credibilitate rămîne însă,

Scanned with OKEN Scanner

perfect posibilă), gesturi substitutive, abordarea unei mimici sau ținute vestimentare presupuse a aduce succesul, sînt numai cîteva exemple ale modului prin care individul, în viața cotidiană, își „retușează" imaginea proprie. Eșecul sau reușita acesteia depind, în mare măsură, de numeroșii parametri ai personalității sale (nivel de inteligență, cultură, caracter, experiență anterioară), conferind alibiului existențial caracterul de finalitate.

Referitor la personalitățile dizarmonice de tip isteric, s-ar putea spune că ele recurg la alibiul existențial în forma sa cea mai „*vizibilă*", căpătînd nu rareori caractere caricaturale, grotești. Eludînd obiectivitatea situației în care se află, acești subiecți caută „în altă parte" refugiul în situațiile care îi dezavantajează, în special afectiv, nefiind în stare să elaboreze un răspuns adecvat. Fie în minus (simptome conversive mergînd de la negativismul verbal pînă la stupor), fie în plus (bogate producții senzoriale, motorii, corporale, avînd același mecanism), alibiul existențial își găsește cel mai bine expresia la personalitatea (constituția) mitomanică (→ MITOMANIE), în al cărei discurs este, de obicei, ușor de recunoscut. După cum afirmă NEYRAUT, mitomanul nu urmărește decît valorificarea propriei persoane, prin insistența cu care indică sensul actelor sale, prin frecvența cu care își evidențiază semnificația propriului rol în fiecare eveniment evocat, fie el cît de banal. Deși în toate aceste relatări, contradicțiile sînt iminente și ușor sesizabile, mitomanul (care beneficiază de cele mai multe ori de un bun nivel de inteligență), reușește să le „*acopere*". Aceste stratageme pot consta, fie din construcții imaginative luxuriante, fie din pauze, ezitări, chiar omisiunea putînd fi o minciună, un alibi (MINKOVSKI). Desigur, credibilitatea afirmațiilor mitomanului devine uneori greu de pus la îndoială, atunci cînd conjunctura relevă (întîmplător) un adevăr autentic și numai finețea observației auditoriului poate întrezări, în eșafodajul atît de sclipitor al fabulației romanești, fisurile acestei construcții, ale cărei cărămizi nu se dovedesc a fi decît fragile cărți de joc.

469. **ALICE ÎN ȚARA MINUNILOR**[s] **sindrom** ● Purtînd numele celebrului personaj al matematicianului-povestitor L. CAROLL, sindromul, descris în 1955 de J. TODD, grupează: depersonalizare, derealizare (cu pierderea sau distorsiunea reperelor spațio-temporale); iluzii optice, metamorfopsii, dedublarea personalității. Se poate întîlni în epilepsie, psihoze endogene (schizofrenie, psihoze toxice, tumori cerebrale).

470. **ALIENARE** (cf. lat. *alienāre* „a instrăina") ● Termenul are semnificație juridică (transfer, vînzare a unui bun sau drept), psihologică (nebunie), sociologică (disoluția legăturii între individ și ceilalți), religioasă (disoluția legăturii cu divinitatea). K. MARX definește alienarea ca o stare a individului care, în urma unor condiții exterioare (religioase, economice, politice), nu-și mai este propriul stăpîn, devine obiect și la rîndul său, sclavul obiectelor, îndeosebi al banului. Tema alienării își are originea într-o veche problematică filozofică, evoluția accepțiunilor urmînd un curs sinuos, de la concepte exclusiv teoretice, la altele operaționale (în practica socială — MARX și LUKACS) și informaționale. GEYER găsește conexiuni ale conceptului de alienare cu importante teorii sociale, sintetizînd astfel implicațiile diferitelor curente filozofice în problema alienării, într-o viziune antropologică cuprinzătoare (ce include și alienarea psihică).

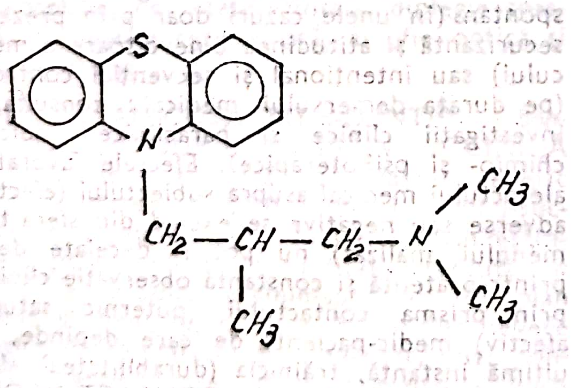
În accepțiune ontologică, alienarea este inerentă condiției umane. Ea rezultă: din discrepanța ideal-real; din dualismul subiect-obiect (KIERKEGAARD), prin mutilarea stării autentice de „a fi în lume", determinată de nevoia de adaptare la o lume dată, pe care omul, „aruncat" în ea, încearcă să o transforme — adaptare care generează ambiguitate, clișee de comunicare, mediocritate (HEIDEGGER); din însăși devenirea omului ca persoană, care transgresează astfel spre altul (HEGEL); din discrepanța dintre omul real, autentic și situația lui existențială, ce produce „insecuritate ontologică" și conduce la singurătate absolută, pentru că autenticitatea ego-ului e pierdută (inautenticitatea) în interacțiunea cu ceilalți sau cu instituțiile sociale (SARTRE, MERLEAU-PONTY, TILLICH); din hiatusul existent între „nevoile bazale umane" (recunoaștere, afecțiune) și răsunetul lor, totdeauna limitat, la nivelul societății, hiatus care e omniprezent și insurmontabil (GOODMAN, ETZIONI); din conflictul dintre autoritatea internalizată (prin procesul socializării copilului) și dorința de a fi liber (Max WEBER). J. J. ROUSSEAU atribuie primul o accepțiune socială alienării, identificînd-o cu contractul social. Pentru el, alienarea este actul prin care fiecare participant la contract își abandonează comunității toate drepturile sale naturale și, „dîndu-se tuturor, nu se dă nimănui". Analizînd „alienarea religioasă", FEUERBACH îl precedă pe MARX în lărgirea sensului noțiunii, privită la scara fenomenelor

sociale. El vede în divinitate transpoziția esenței ideale a omului, devenită străină de posesorul ei, față de care acesta din urmă devine la rîndul său obiect. Dumnezeu este creat de propria sa creație, care îl erijează în subiect absolut. MARX și ENGELS conferă, în „Manuscrisele economico-filozofice de la 1884", o dimensiune sociologică alienării, situînd-o în cadrul raportului individului cu relațiile de producție. Alienarea muncitorului în economia capitalistă nu înseamnă numai că munca sa devine un obiect, o existență exterioară, ci și că munca sa există în afara lui, independent de el, străină de el, ca o formă autonomă opusă lui, că viața pe care a dat-o el obiectului său i se opune, îi este ostilă și străină. Momentul extrem al alienării este reificarea, care constă într-o obiectualizare (termen folosit de HEGEL) a raporturilor sociale dintre oameni (ce iau forma unor raporturi și însușiri ale lucrurilor), relații ce sfîrșesc prin a-i domina pe indivizi, în loc să fie dominate de aceștia. O jumătate de secol mai tîrziu, LUKACS (1923) preia și el conceptul de reificare, caracterizîndu-l ca o „pietrificare" a raporturilor umane în societatea capitalistă modernă. Alienarea se concretizează în societatea capitalistă (unde capătă cea mai mare amploare) prin : înstrăinarea produsului muncii ca urmare a transformării lui în capital — instrument de înrobire și exploatare a muncitorului —, autoînstrăinarea muncitorului însuși în procesul producției și înstrăinarea vieții indivizilor, în general ; însăși munca, atribut esențial al omului, apare nu ca satisfacere a necesității, ci ca un mijloc exterior ființei, ca o condiție de satisfacere doar a unei necesități impuse din afară. Reificarea se reflectă în dereglarea, mistificarea reprezentării despre lume și societate. Relațiile sociale automatizate sau heteronomizate, devenite fenomene independente de individ, sînt percepute de acesta cu teamă superstițioasă. Ele sînt reificate și în planul cunoașterii, în spiritul fetișismului (descris și analizat de MARX, în „Capitalul"). Preluînd teza marxistă, FROMM afirmă că societatea capitalistă alienează individul, privîndu-l de realizarea nevoilor fundamentale (nevoia unei activități creatoare, slăbirea relațiilor sociale cu ceilalți, nevoia de a avea o identitate proprie). Alții vorbesc de mecanisme de condiționare și represiune subtile în societățile capitaliste (MARCUSE), de sentimentul absurdității, rezultat din complexitatea sistemelor sociale, cărora individul nu ajunge să le înțeleagă rostul (MANNHEIM). SEEMAN (1959) elaborează un concept modern operațional al alienării, cu cinci dimensiuni : lipsa de putere, de sens a normelor sociale (generînd sentimentul că, numai prin mijloace ilicite, insul își poate realiza proiectele), izolarea prin pierderea valorilor morale și autoînstrăinarea prin incapacitatea de a găsi resurse proprii de depășire a sentimentului alienării, atîta vreme cît individul este rupt de scopurile și valorile sociale existente. Pentru a explica fenomenele diverse ce se întrepătrund în procesul alienării în lumea contemporană, GEYER (1980) preferă abordarea sistematică, ce permite construirea unor paradigme eficiente pentru raționalizarea unei cercetări sociale, adecvate complexității problemei. În societățile occidentale, alienarea ar fi astfel determinată, în prezent îndeosebi, de reificarea din procesul producției și al stabilirii relațiilor sociale, de opresiunea libidoului de către normele inhibitoare ale civilizației, ca și de opresiunea psihică (boli psihice, în etiopatogenia cărora stresul social constituie un factor important), cauze de alienare care ar întregi tabloul în cinci dimensiuni al alienării, descris de SEEMAN. Dovadă că alienarea este considerată de multă vreme ca aparținînd domeniului psihismului o constituie și faptul că, pînă în secolul al XIX-lea, ea desemna ansamblul tulburărilor psihice, iar medicii care se ocupau de tratarea bolilor mintale se numeau alieniști. Alienarea psihică ar putea fi și ea explicată prin mecanismul reificării (GABEL, 1960—1962), subiectul pierzînd sensul celui mai elementar produs al existenței sale sociale, relația cu ceilalți. În cazul schizofreniei, în special, se poate vorbi de reificare în cadrul separării autiste. Spaltung-ul transformă lumea într-o percepere fragmentară a unui univers reificat, autonomizat, străin. Alienatul psihic „uită" că cel care a produs lumea a fost el, alături de ceilalți (GEYER) ; aceasta devine o sumă de obiecte, percepute ca „standard al realității obiective". Apare „falsa conștiință" (descrisă la fenomenele sociale de MARX și ENGELS), care este depersonalizarea și care constă într-o stare nereală a conștiinței persoanei alienate, incapabilă de a-și judeca critic conținutul psihic și care rezultă din „degradarea calității dialectice a experienței" (GABEL) BERGER și PULBERG consideră „falsa conștiință" ca „reificatoare și reificată", subliniind reciprocitatea acestor mecanisme ce presupun implicit „o structură schizofrenică". În pofida acestor analogii, situația existențială a alienatului psihic e mai dramatică, psihoticului lipsindu-i acea fraternitate întru alienare a alienaților) sociali (PAMFIL, OGODESCU).

Existenţialismul şi psihanaliza propun mai mult sau mai puţin direct şi explicit modele specifice alienării psihice, ca şi antipsihiatria, care supradimensionează aspectul sociologic al alienării psihice pînă la a-l decreta cauză unică a îmbolnăvirii. Caracterul univoc, disproporţia flagrantă şi simplificarea relaţiei cauză-efect au redus mult (sau anulează, în cazul antipsihiatriei) valoarea obiectiv-ştiinţifică a acestor teorii.

471. **ALIENARE SOCIALĂ** ● Teorie privitoare la sociocriminogeneză, prin care JEFFERY realizează o sinteză între sociologia şi psihologia asocialului, în încercarea de a caracteriza delicventul. Autorul arată că acesta are o integrare deficientă în societate ; neputîndu-se identifica cu figurile parentale, trăieşte într-o permanentă „depersonalizare socială", într-o stare de izolare mintală faţă de mediu, iar relaţiile emoţionale sînt inautentice, marginale. După JEFFERY, criminalitatea este mai ridicată în zonele marcate de izolare socială, anonimat şi depersonalizare. Autorul distinge următoarele tipuri de alienare : individuală, de grup şi legală.

472. **ALIENIST** ● Pînă la impunerea termenului de psihiatru, termenul desemna pe medicul care se ocupa de îngrijirea şi tratarea bolnavilor mintal. Astăzi, termenul este abandonat, putînd fi întîlnit doar în literatura secolului al XIX-lea.



473. **ALIMEMAZINE**(DCI) ● Derivat fenotiazinic/aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil) fenotiazină, cu valenţe multiple, dar moderate.

Situat la graniţa dintre neuroleptice, antidepresive şi tranchilizante, are o acţiune sedativă, antiemetică, uşor antidepresivă, anxiolitică, miorelaxantă şi hipnoică. Efectele secundare reduse, buna toleranţă, precum şi absenţa contraindicaţiilor majore îi conferă o largă utilizare. Constituie principiul activ a numeroşi produşi farmaceutici, dintre care cei mai cunoscuţi sînt :

THERALEN(E)(M) Belgia, Elveţia, Franţa, R.F.G., Spania

VALLERGAN (M) Anglia, Australia, Danemarca, Finlanda, Olanda.

În practica curentă mai sînt întîlniţi :

ALIMEZINE(M)	Japonia
AMISAL(M)	S.U.A
APAMEZIN(M)	Coreea
BENALGEN(M)	Japonia
COPLEXENS(M)	S.U.A
CRASIN(M)	Coreea
MEPARIL(M)	Coreea
NEDELTRAN(M)	Belgia
NORMALN(M)	Coreea
PENECTYL(M)	Canada
PRAMIN(M))	Coreea
REPELTIN(M)	R.F.G.
TELMATIN(M)	Coreea
TEMARIDIN(M)	Coreea
TEMARIL(M)	S.U.A.
TRIXIN(M)	Coreea
TURYSIN(M)	Coreea
VARIARGIL(M)	Spania

474. **ALIMENTAŢIE ARTIFICIALĂ** — *în psihiatrie* ● Imposibilitatea de a se hrăni în mod normal a unor bolnavi psihici sau somatici îi expune la gravele complicaţii ale denutriţiei : caşexie, scăderea importantă a rezistenţei generale cu facilitarea grefării infecţiilor intercurente, dificultatea cicatrizării leziunilor de decubit, agravarea tarelor preexistente. Pentru evitarea acestor complicaţii, care pot pune în pericol viaţa bolnavului, se recurge la introducerea substanţelor nutritive în organism, printr-un ansamblu de tehnici : gavaj cu sondă nasogastrică (sau orogastrică), clisma alimentară sau tehnici perfuzabile. Primele două metode, mai frecvent utilizate, introduc lichide nutritive cu compoziţie variabilă, conţinînd pe cît posibil toate principiile nutritive (hidrolizate de proteine, sucuri de fructe, săruri minerale, vitamine), putîndu-se vehicula tot pe această cale şi medicamentele pe care subiectul fie că refuză, fie că nu poate să le înghită.

Prima tehnică constă în imobilizarea subiectului şi administrarea s.c. cu 20 minute înainte a unei fiole de atropină sau introducerea direct pe sondă a apei cloroformate, pentru a facilita introducerea şi tolerarea sondei. Introducerea sondei esofagiene (în prealabil aseptizată şi cu capătul olivar lubrefiat) se

face progresiv, prin provocarea mişcărilor de deglutiţie introducînd mici cantităţi de apă în gura subiectului. Prezenţa sondei în cavitatea gastrică se controlează prin introducerea unei hîrtii de turnesol în lichidul extras prin sondă: în prezenţa sucului gastric culoarea albastră virează spre roşu. Dacă în cursul introducerii sondei apare tusea, congestionarea puternică a tegumentelor feţei, sonda trebuie imediat retrasă (înseamnă că aceasta a pătruns în tractul respirator). După pătrunderea sondei, se trece la administrarea a aproximativ 3/4 l de lichid nutritiv, la o temperatură de 25—30°. Numărul administrărilor poate fi de 1-2/zi. În administrarea orogastrică, este necesară aplicarea unui depărtător care să împiedice secţionarea sondei cu dinţii. Clisma alimentară se aplică totdeauna după o prealabilă clismă evacuatorie. Alimentaţia artificială este adaptată în funcţie de nevoile organismului: lichidul nutritiv trebuie să furnizeze un aport de aproximativ 2 000 cal/zi (mai mare chiar, dacă este vorba de o boală consumptivă), 2—3 l de lichide/zi şi să acopere necesarul de glucide, lipide, săruri minerale, vitamine, necesar evaluat prin: pierderea ponderală suferită, albuminurie, proteinemie, colesterolemie, trigliceridemie, ionogramă, electroforeză, hemogramă, indicatori ai hemostazei. În cursul alimentaţiei artificiale prin sondă, se impune uneori monitorizarea funcţiilor cardiace şi respiratorii. O metodă mai rar folosită este alimentarea prin gastrostomă, atunci cînd progresia sondei esofagiene este împiedicată de existenţa stricturilor esofagiene (esofagită caustică, rezultat al tentativei suicidare prin ingestie de substanţe caustice). Introducerea pe cale parenterală a diverselor soluţii perfuzabile se face la nivelul trunchiurilor venoase mari (vasele periferice nu au rezistenţa necesară introducerii substanţelor hiperosmolare), folosind cateterizarea. Soluţiile nutritive sînt alcătuite, în acest scop, din soluţii glucozate, cu electroliţi, soluţii de aminoacizi, hidrolizate de proteine, polivitamine, oligoelemente. Durata tratamentului variază de la cîteva zile la cîteva săptămîni. În tehnica parenterală, pe lîngă monitorizarea funcţiilor vitale, este necesară şi o continuă aseptizare a venei cateterizate, pentru a evita apariţia inflamaţiei şi a infecţiei. În afară acestora, alte complicaţii care pot apărea sînt: intoleranţa la soluţia hiperosmolară glucidică, hiponatremie, hipopotasemie, deficit de aminoacizi sau vitamine, hipofosforemie, hipomagneziemie, tromboză venoasă, insuficienţă hepatică.

În psihiatrie, indicaţii ale alimentaţiei artificiale sînt reprezentate de toate cazurile de refuz, de negativism alimentar prelungit, care predispun la denutriţie, anorexia din depresia melancoliformă, stupoare, sindroamele pluricarenţiale ale bolnavilor psihici gravi, stările confuzionale tentativele suicidare cu substanţe caustice.

475. **ALIMORAL**(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil) metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în medicina psihosomatică. Efecte secundare comune neurolepticelor incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

476. **ALINAM**(M) Franţa — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valenţe anxiolitice de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acţiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicaţii.

477. **ALINARE** (cf. lat. *lenis* „uşor, calm, încet") ● Efect benefic de liniştire şi diminuare (uneori pînă la dispariţie) a suferinţelor psihice şi fizice ale unui subiect, înregistrat în mod spontan (în unele cazuri doar prin prezenţa securizantă şi atitudinea binevoitoare a medicului) sau intenţional şi secvenţial controlat (pe durata demersului medical: consultaţie, investigaţii clinice şi paraclinice, indicaţii chimio- şi psihoterapice). Efectele favorabile ale actului medical asupra subiectului (efectele adverse sau negative se exclud din sfera termenului analizat) nu pot fi decelate decît printr-o atentă şi constantă observaţie clinică, prin prisma contactului (puternic saturat afectiv) medic-pacient, de care depinde, în ultimă instanţă, trăinicia (durabilitatea) efectului pozitiv urmărit. → CONTACT MEDIC-PACIENT, CONSECINŢA PSIHOLOGICĂ.

478. **ALIOSIS** (cf. gr. *alios* „van, inutil") — sin. TAEDIUM VITAE; OTIUMOSIS ● Stare de indispoziţie cronică, posomoreală, plictiseală permanentă, absenţa totală a bucuriei de a trăi, fără o cauză particulară (concretă) şi în absenţa anxietăţii, a ideilor de autoacuzare sau de autoliză. Termenul nu mai prezintă decît interes istoric, el fiind înlocuit cu englezescul SPLEEN →.

Scanned with OKEN Scanner

479. **ALIPID**(M) Argentina — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE (DCI)

480. **ALISEUM**(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant — derivat benzodiazepinic sin. → DIAZEPAM(M) România.

481. **ALITERAȚIE** (cf. lat. *ad-* ; *littera*) ● Tendință patologică, obsedantă, spre rimă — de obicei forțată —, realizată fie prin repetarea de silabe, fie prin soluții puțin logice. Se intîlnește la personalități dizarmonice, în psihoza maniaco-depresivă și, cu o notă aparte, în schizofrenie.

482. **ALIVAL**(M) Austria, Belgia, Elveția, Franța, R.F.G., Spania — DCI *Nomifensină* ● Antidepresiv timoleptic de tip 8-amino-1, 2, 3, 4-tetrahidro-2-metil-4-fenilisoquinolină, indicat atît în depresiile psihotice cît și în cele psihogene și somatogene de intensitate medie ; potrivit pentru tratamentul ambulator. Contraindicații : deliruri acute, etilism cronic, intoxicații cu somnifere și sarcină.

483. **ALKARAU**(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

484. **ALLAN**(S) *sindrom* ● Perturbare genetică evoluînd, după MOOR, pe axul : microcefalie, debilitate mintală, diplegie spastică, hipoplazie cerebeloasă, atrofie optică și aminoacidurie.

485. **ALLAN-CUSWORTH-DENT**(B) *boală* — sin. ACIDURIE ARGININ-SUCCINICĂ ● Anomalie enzimatică cu caracter genetic (imposibilitatea scindării acidului arginin-succinic în arginină și acid fumaric), manifestîndu-se prin prezența în cantitate crescută, în urină, a acidului arginin-succinic. Pe plan psihic și neurologic, apar modificări severe (întîrziere mintală în grad avansat, crize convulsive generalizate, ataxie tranzitorie postcritică), datorită deficiențelor intervenite în funcționarea ciclului metabolic al ureei, avînd ca rezultat hiperamoniemia, cu efecte negative profunde în biochimia cerebrală.

486. **ALLEGRON**(M) Anglia, Belgia — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a, d/cicloheptan $\Delta^{5,\gamma}$ — propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI ; dar efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

487. **ALLENDY RÉNÉ-EUGÈNE** (1899—1942) ● Psihiatru francez de orientare psihanalitică, cu numeroase și originale preocupări ; licențiat în limbi scandinave și medicină, autor al unei teze despre „alchimie și medicină" (în care îl reabilitează pe PARACELSUS), președinte al Societății Franceze de Homeopatie, unul dintre primii psihanaliști francezi. Principalele lucrări : „La psychanalyse des névroses" și „La psychanalyse, doctrines et applications" ; ultima sa lucrare, „Jurnalul unui medic bolnav" (1942), are caracter autobiografic, autorul suferind de o boală necruțătoare, descriindu-și ultimele șase luni de viață.

488. **ALLOTROPAL**(M) R.F.G. — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-l-pentin-3-01, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

489. **ALLPORT Gordon** (1897—1967) ● Psiholog american de prestigiu, licențiat în economie și filozofie (1919), al cărui nume este legat de studiul personalității (mai ales prin lucrarea „Personality a Psychological Interpretation", 1937) și de promovarea unei atitudini novatoare, cu caracter interdisciplinar, în psihologie (a fost unul dintre întemeietorii Facultății de relații sociale de la Harvard). După susținerea doctoratului în psihologie (1922), își perfecționează studiile la Berlin, Cambridge și Hamburg (perioada 1922—1924), pentru ca ulterior să se dedice cercetării teoretice (concretizată într-un număr mare de lucrări publicate) și activității didactice (instructor de etică socială la Harvard, profesor-asistent de psihologie la Dortmouth College, profesor de psihologie la Universitatea Harvard, între anii 1930—1967). ALLPORT a editat timp de 12 ani revista de psihologie socială și a fost mulți ani președintele Asociației psihologilor americani. A identificat aproape 50 de semnificații diferite ale personalității și, împreună cu ODBERT, a descris un număr de 17 953 de însușiri psihice diferențiate, privitoare la personalitate (dintre care 4 504 au fost confirmate și de alți autori).

Tot sub raport teoretic, a încercat să impună (fără succes) în locul conceptului de „Sine", noțiunea de „proprium" a cărei caracteristică esențială (așa-numita „cunoaștere a cunoscătorului") a fost puternic criticată, pentru că presupunea „existența unui subiect în subiect, responsabil de autocunoaștere". Sub raport

practico-aplicativ, a realizat împreună cu VERNON și LINDSLEY un test de personalitate structurat pe șase tipuri de bază (preluate de la SPRANGER), din care pot fi decelate, prin corelare, alte tipuri compuse : teoretico-

Gordon Allport

estetic, pragmatico-organizațional, religios-activ etc. Pentru varietatea preocupărilor sale, care se reflectă în titlurile unor lucrări ca : „Study in expressive movement" (scrisă cu VERNON — 1933), „The use of personal document in psychology science" (1942), „The nature of personality : selected pattern" (1950), „The nature of prejudice" (1954), „Patterns of the growth in parsonality" (1961) sau „The person in psychology : selected essays" (1968).

490. **AL(L)O—** (cf. gr. *allos* „altul") ● Element de compunere savantă, cu sensul de „altul", „diferit".

491. **ALOCORTEX** (cf. gr. *allos* ; lat. *cortex* „scoarță, înveliș) — sin. ARHIPALIUM sin. → CORTEX ALOGENETIC.

492. **ALOCENTRISM** (cf. gr. *allos* ; lat. *centrum* „centru") ● Tendința de focalizare a interesului personal spre ceilalți mai mult decît spre sine ; se opune egocentrismului.

493. **ALODINIE** (cf. gr. *allos* ; *dine* „vîrtej, învîrtire") → ALESTEZIE.

494. **ALOEMPATIE** (cf. gr. *allos* ; *empatheia* „pasiune") ● Cunoașterea celorlalți din/prin propria perspectivă/dimensiune.

495. **ALOEROTISM** (cf. gr. *allos* ; *eros* „iubire") — sin. ALOEROTICISM sin. →. HETEROEROTISM.

496. **ALOESTEZIE** (cf. gr. *allos* ; *aisthesis* „simțire") — sin. ALCESTEZIE sin. → ALESTEZIE.

497. **ALOFAZIE** (cf. gr. *allos* ; *phasis* „cuvînt") ● Termen prin care se desemna vorbirea incoerentă, astăzi aproape de loc folosit în limbajul psihiatric.

498. **ALOGIC** (fr. *alogique*) ● Lipsit de logică, caracterizat prin absența logicii în gîndire.

499. **ALOGIE** (cf. gr. *a-* ; *logos* „cuvînt, discurs") sin. → MUTISM.

500. **ALOMNEZIE** (cf. gr. *allos* ; *mnesis* „memorie") ● Tulburări calitative ale memoriei, făcînd parte din grupul paramneziilor, care se referă la deformarea rememorării trecutului, fie sub aspectul ordonării reperelor temporale (pseudoreminiscențele, ecmnezia), fie sub cel al autenticității faptelor de memorie (confabulațiile).

Posibila includere în cadrul tulburărilor memoriei a acestei clase este foarte controversată, din cauza interferenței aspectelor cantitative și calitative ale funcției mnezice, în majoritatea tulburărilor. Chiar în cadrul grupei alomneziilor, se poate realiza un amalgam, în care limitele dintre trecut și prezent, dintre real și imaginar se volatilizează. De asemenea, trebuie luată în considerație diferențierea confabulațiilor (care au drept scop suplinirea deteriorării mnestice — a lacunelor) de fabulații, care au alte mecanisme și scopuri. Aceste tulburări de memorie aparțin, în general, circumstanțelor psihopatologice care implică modificări ale nivelului de conștiință (psihoze isterice, stări crepusculare, epilepsie temporală, confuzie, manie) sau celor de tip deficitar (oligofrenii, demențe).

501. **ALOPAT** (cf. gr. *allos* ; *pathos* „suferință") ● Alopatia este o terapie cauzală, căpătînd o deosebită dezvoltare prin studiul bolilor, al mecanismelor lor de producere, la

Scanned with OKEN Scanner

agenţilor patogeni, fiind în strînsă legătură cu celelalte ştiinţe şi avînd la bază procedee experimentale. Ca terapie care tinde să corecteze dereglări ale mecanismelor fiziologice, foloseşte procedee enantiopatice (remedii cu efecte contrare simptomelor pe care urmează să le combată), ca de exemplu : terapie antibiotică, antiinflamatorie, anticonvulsivantă, antinevralgică etc. Volumul mare al cunoştinţelor necesare, caracteristic medicinei alopate, a avut drept consecinţă directă o specializare din ce în ce mai restrînsă ; i se poate reproşa pierderea viziunii de ansamblu asupra subiectului.

502. **ALOPECIA AREATA** (cf. gr. *alopekia*) ● Căderea părului de pe anumite zone mici ale scalpului, care se poate asocia cu alopecia totalis (căderea părului de pe tot capul) sau cu alopecia universalis (căderea părului de pe tot corpul).

Mulţi autori o consideră o fază în instalarea unor tulburări în a căror determinare factorul psihogen are o reală valoare. După W. D. ENGELS (1985), cazurile studiate în profunzime, în patologia infantilă, au sugerat următoarea secvenţă caracteristică de evenimente :

- o pierdere simbolică, la vîrstele mici (abandon real sau imaginar, naşterea unui frăţior, dispariţia unei persoane foarte apropiate) ;
- modificarea nivelului de protecţie şi îngrijire a copilului, prin pierdere ;
- un eveniment precipitant, constînd într-o nouă pierdere cu abandonarea totală a micului subiect ;
- începerea pierderii extensive a părului după aproximativ două săptămîni.

503. **ALOPERIDIN**(M) Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

504. **ALOPLASTIC** ● Semnifică, după FERENCZI, LAGACHE şi alţi psihanalişti (care au preluat acest termen din teoriile adaptării), un tip de reacţie avînd scopul de a modifica mediul înconjurător şi de a realiza un raport de echilibru cu acesta. La personalităţile dizarmonice, manifestările clinice sînt predominant aloplastice, simptomele subiective (autoplastice) fiind prezente doar uneori, şi atunci în planul secund al tabloului clinic. În aceeaşi accepţiune, ritualurile obsesive din psihopatologie sînt considerate de LAGACHE ca avînd funcţie aloplastică, „efectele conduitei constînd în modificări exterioare organismului, în opoziţie cu modificările subiectului însuşi, numite autoplastice".

505. **ALOPSIHIC** (cf. gr. *allos* ; *psyche* „suflet") ● Termen care se referă la capacitatea subiectului de a se orienta după repere exterioare, spaţio-temporale şi fizionomice. Împreună cu orientarea autopsihică (privind propria persoană) cea alopsihică alcătuieşte pentru individ sistemul referenţial al ambianţei şi, într-un sens mai larg, al realităţii. Perturbarea acestei duble orientări propulsează subiectul, pentru o durată mai scurtă sau mai lungă, în neantul confuziei. Dintre afecţiunile psihice în care orientarea alopsihică este în mod evident modificată, amintim sindromul Korsakov şi presbiofrenia, unde sindromul confuzional ocupă locul central în tabloul clinic.

506. **ALOPSIHOZA** (cf. gr. *allos* ; *psyche*, ● Termenul prezintă numai un interes istoric) nemaifiind utilizat. WERNICKE a încercat să-l acrediteze în lucrarea sa „Der aphasische Symptomenkomplex" (1874), drept o psihoză realizată prin prelucrarea stimulilor externi. Un asemenea model ar putea fi paranoia.

507. **ALOTRIOFAGIE** (cf. gr. *allotrios* „străin" ; *phagein* „a mînca") — sin. CITOZIS ; sin. EPITIMIE → PICA.

508. **ALOTRIOGEUSIE** (cf. gr. *allotrios* ; *geusis* „gust") ● Pervertirea simţului gustativ, în ansamblul său.

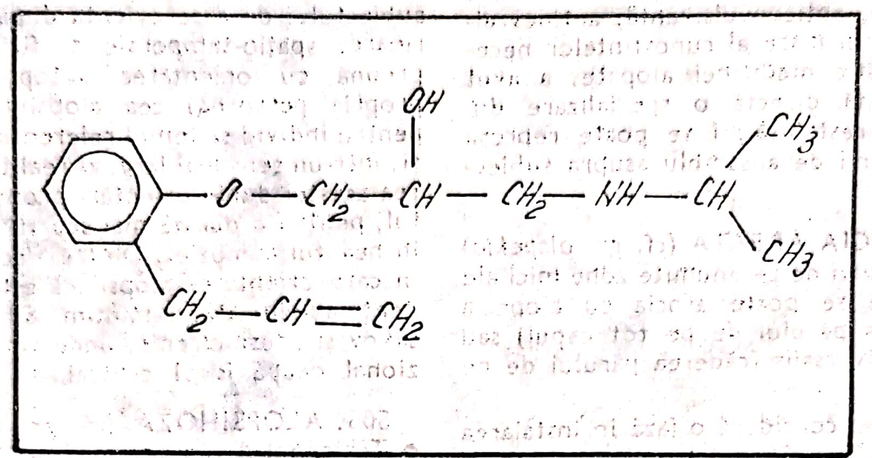
509. **ALOTRIOGEUSTIE** (cf. gr. *allotrios* ; *geusis*) ● Termen mai nuanţat ca sens decît precedentul ; desemnează o pervertire a gustului prin preferinţe anormale.

510. **ALPERS-CHRISTENSEN-KRABBE**(B) *boală* — sin. POLIDISTROFIE PROGRESIVĂ CEREBRALĂ INFANTILĂ ● Afecţiune caracterizată printr-o distrucţie neuronală, conferind substanţei cenuşii de la nivelul scoarţei cerebrale şi, în special, a cerebelului, talamusului, trunchiului cerebral, un aspect spongios. În etiologie sînt incriminate (în originea enumerării) : anoxia cerebrală perinatală, toxemia gravidică, factori genetici. Clinic se manifestă prin crize comiţiale, întîrziere mintală. Prognosticul este defavorabil, fiind marcat de evoluţia spre demenţă.

511. **ALPRENOLOL**(DCI) ● Derivat isopropilaminic cu acţiune psihotonă şi betablocantă, de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sin-

droame cardiace hiperkinetice, alcoolism, boli psihosomatice.

Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici :



APTIN(M) Austria, Danemarca, Italia, Iugoslavia, Suedia

APTIN(E)(M) Argentina, Franța, Grecia, Olanda, Portugalia, Turcia.

Se mai întîlnește și sub numele :

APROBAL(M)	Japonia
APTIN DURETTER(M)	Suedia
APTIN DURILES(M)	R.F.G.
APTIN DURILES RTARD(M)	Austria
APTINA(M)	Spania
APTIN(E) DURULES(M)	Franța
APTINE DURETTES(M)	Olanda
APTOL DURILES(M)	Elveția
BETACARD(M)	Australia
CORBETAN(M)	Israel
ELPERL(M)	Japonia
GUBERNAL(M)	Franța
REGLETIN(M)	Japonia
SINALOL(M)	Japonia
VASOTON(M)	Argentina

512. ALSERIN(M) Canada — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

513. ALTER (cf. lat. *alter* „unul din doi, celălalt") ● Termenul definește o altă persoană, reală sau imaginară, cu care se stabilește o relație psihologică.

514. ALTERARE (fr. *altérer*) ● Modificare în sens negativ a echilibrului unui sistem, sub influența unor factori interni sau externi. Definește, în mod nespecific, orice transformare pe care morfologia sau funcția unui aparat o suferă, ca afectare globală și nediferențiată, dar totdeauna defavorabilă. Astfel, se poate vorbi despre alterarea comportamentului, a memoriei, a unor componente instinctiv-afective. Condiții psihotraumatizante de mediu pot produce unor subiecți, asupra cărora acționează, alterări cu caracter tranzitor (reacții, nevroze) sau pot structura în mod dizarmonic personalitatea (psihopatii marginale), producînd decompensări nevrotice sau psihotice. Alterări definitive, de diferite grade, apar în cazul sindromului psihoorganic cronic (din demențe, post-traumatisme craniocerebrale, infecții cerebrale etc.) și în stările postprocesuale.

Constatarea prezenței unei alterări senzoriale, motorii sau psihice nu reprezintă decît primul pas în demersul diagnostic, ale cărui etape ulterioare au rolul de a stabili cu precizie nivelul și amploarea fenomenului morbid.

515. ALTERITATE (fr. *altérité*) ● Diferențiere ontică între două existențe — fie că este vorba de părți deosebite ale ființei, a căror identitate esențială este exclusă, în virtutea naturii lor diferite, fie că avem de a face cu ipoteze calitativ distincte ale aceleiași existențe, privită în devenirea ei dialectică, în care alternează perioadele de continuitate și momentele de discontinuitate.

RENOUVIER consideră alteritatea ca fiind altceva decît Eul. După acest autor, percepția este ipseitate, alteritate și sinteză. J. DERRIDA consideră că alteritatea absolută poate fi modificată atunci cînd există un alter-ego.

Sensul psihiatric al termenului este apropiat de cel dat ileităţii de antropologia triontică → ILEITATE.

516. **ALTERNANTE/ALTERNE** — *personalităţi* ● Tulburare a conştiinţei propriei persoane, în care simptomatologia de tip disociativ-isteric atinge nivelul maxim. Neoformaţie psihică, personalitatea alternă apare cu trăsături opuse personalităţii anterioare a subiectului, cu amnezie pentru existenţa dusă pînă în momentul instalării (în cvasimajoritatea cazurilor bruscă) noii personalităţi.

Personalităţile alterne au o frecvenţă deosebit de redusă (pînă în 1910, istoria psihiatriei cunoştea maximum 25 cazuri), constînd în dedublarea cu aspect sincopal a identităţii caracteriale, psihologice şi civile a unor subiecţi. Această modificare extraordinară, de aspect romanesc, a fost numită şi dublă personalitate (P. JANET) sau personalitate multiplă (M. PRINCE).

Cazul princeps descris în literatură — al lui Mary Reynolds (MITCHELL, NOTT, 1816) a oferit o evoluţie care a stîrnit mari controverse în epocă : după oscilaţii între cele două personalităţi (între 17 şi 35 de ani), bolnava s-a cantonat în personalitatea secundară (care a rămas aproape definitivă pînă la 61 de ani). Către sfîrşitul vieţii, „părea să aibă un fel de obscură şi neclară idee despre un trecut plin de umbră, pe care însă nu-l putea cuprinde în întregime".

Alte cazuri, nu mai puţin celebre, sînt cel al lui Mary Pancher, care a prezentat nu mai puţin de cinci personalităţi alternative (Sunbeau, Idol, Rosebind, Pearl, Ruby), precum şi cel al domnişoarei Beauchamp, descris de M. PRINCE. Examinarea şi diagnosticarea acestor cazuri prezintă o dificultate majoră, consultul repetat la intervale îndelungate de timp fiind singurul în măsură să poată evidenţia discontinuitatea personalităţii. Făcînd parte din tulburările disociative isterice, personalitatea alternă rămîne una dintre entităţile extrem de rare în clinica psihiatrică.

517. **ALTERNATIVE**(T) *teste* ● Teste, iniţiate şi introduse în arsenalul tehnicilor psihologice de către psihologul englez Cyril BURT, care au drept caracteristică alegerea unui răspuns dintre mai multe alternative propuse. Sînt răspîndite şi utilizate astăzi în special în scopul verificării cunoştinţelor. Metoda este folosită şi în cazul testelor de inteligenţă verbală.

518. **ALTEROECOPRAXIE** (cf. lat. *alter* „unul din doi"; gr. *echo* „sunet"; *praxis* „acţiune") ● Termen introdus de DELGADO, prin care, după BIEDER, se desemnează impresia subiectului că cei din jur (unul sau mai mulţi) reproduc mişcările sau actele sale, simultan cu efectuarea lor sau imediat după aceea.

519. **ALTILEV**(M) Franţa — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a, d/cicloheptan- $\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.

520. **ALTIMINA**(M) Portugalia, Spania — DCI *Fencamfamin* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-fenil-N-etil-2-norbornanamină, indicat în scăderea randamentului util şi a elanului vital la vîrstnici şi în convalescenţă, epuizare fizică şi psihică. Fiind o amină simpatico-mimetică, impune atenţie la apariţia fenomenelor de dependenţă şi sevraj →PSIHOSTIMULENTE.

521. **ALTIPAX**(MC) Spania ● Produs terapeutic, care conţine trei medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează.

Este compus din :
- FENCAMINA(M) — psihostimulent ;
- OXAZEPAM(M) — tranchilizant ;
- PIRIDOXINA(M) — vitamina B_6.

Are acţiune anxiolitică, psihostimulentă.

522. **ALTITUDINE** (cf. lat. *altitudo* „înălţime") ● În sens medical, se referă la una dintre circumstanţele fiziologice în care organismul uman îşi mobilizează resursele pentru a se adapta la mediul montan, cu tot ceea ce implică el. Climatul montan este caracterizat prin diminuarea presiunii atmosferice şi a presiunii parţiale a oxigenului, intensitatea crescută a luminozităţii, radiaţii chimice active, uscăciunea şi puritatea aerului (praful şi germenii au o densitate mult scăzută), nivelul higrometric variabil în funcţie de anotimp. Presiunea scăzută a oxigenului, invers proporţională cu altitudinea, conferă climatului montan calităţi excitante, care, alături de celelalte caracteristici, justifică indicaţia terapeutică de cură montană sau cură de altitudine în neurastenie, anemie, TBC, astm. În cazul unei adaptări deficitare a organismului la factorii altitudinali, şi în mod deosebit la hipoxie, se poate declanşa boala acută a înălţimilor („rău de munte"), care se manifestă prin cefalee, greaţă, vărsături, insomnii, euforie, stări letargice. Simptomatologia psihică poate atinge pragul agitaţiei psihomotorii, al con-

Scanned with OKEN Scanner

vulsiilor sau chiar al stării de comă. Expunerea rapidă la anoxie şi menţinerea în aceste condiţii, observate la aviatori, determină diminuarea capacităţii asociative şi de memorare, eficienţa întregii activităţi psihice reducîndu-se la 80% şi chiar la 20% din valoarea normală (cînd expunerea la anoxie depăşeşte 18 ore). Boala cronică a înălţimilor prezintă, în tabloul clinic, semne de eritremie, astenie fizică şi psihică, cefalee, tulburări vizuale şi auditive pasagere, crampe musculare, dispnee. Prelungirea expunerii la o presiune scăzută a oxigenului duce la o reducere marcată a eficienţei activităţii psihice, somnolenţă, manifestări respiratorii şi cardiovasculare grave. Populaţiile care se nasc şi trăiesc la altitudine, uneori chiar foarte ridicate, sînt supuse unor mecanisme adaptative care intervin imediat după naştere, riscul manifestării bolii de altitudine fiind exclus.

523. **ALTRUISM** (cf. lat. *alter*) ● Termen consacrat de către A. COMTE, pentru a denumi acea conduită morală care, în opoziţie cu egoismul, urmăreşte în mod dezinteresat binele celorlalţi oameni. Dacă egoismul a fost considerat de mulţi gînditori drept un comportament izvorît din natura înnăscută a omului, altruismul a fost definit ca un ideal menit să orienteze o resurecţie morală, prin care ataşamentul, bunătatea, simpatia, solidaritatea şi abnegaţia dobîndesc o supremaţie constantă asupra agresivităţii funciare a personalităţii de tip competitiv. Atîta timp cît se menţine iluzia temeiurilor înnăscute ale egoismului, altruismul apare ca o conduită nefirească, rezultînd fie din capriciul evoluţiei ontogenetice a unor individualităţi „aparte", fie printr-un acut conflict între natură şi cultură. În realitate, privite ca valori şi principii morale, atît egoismul cît şi altruismul au o motivaţie social-istorică, idealizînd tipul de comportament adecvat anumitor modele de relaţii sociale. Excentric şi handicapant într-un context competitiv, în care sînt consacrate individualismul şi setea de dominaţie, altruismul devine exemplar şi adaptativ într-o reţea de relaţii interpersonale bazate pe solidaritate, consacrînd colectivismul şi disponibilităţile de cooperare.

Altruismul reprezintă concomitent o dispoziţie emoţională şi un comportament dezinteresat (cîteodată nemotivat) în favoarea altora, o dorinţă transpusă în acţiune pentru binele celorlalţi. Deşi de cele mai multe ori presupune o raportare conştientă (BALDWIN), altruismul poate alege şi căi dramatice în scopul realizării principiului suprem al dragostei pentru ceilalţi.

Din perspectivă sociobiologică, altruismul este definit ca un comportament modelat după necesităţi exterioare, care aparţin altui individ decît subiectul, fiind, în acest sens, paradoxal. Motivaţiile altruismului sînt greu de identificat, de exemplu, sacrificiul părinţilor faţă de copii, care nu poate fi explicat printr-o posibilă returnare a investiţiei morale şi materiale. Extrapolarea unor modele ca acelea ale speciei „apis melifica", în care albinele lucrătoare nu lucrează decît pentru a asigura succesul reproductiv al unui singur individ (matca), nu satisface modelul relaţional uman. În pofida servituţilor biologice care împing individul spre un egoism motivat de rigorile supravieţuirii individuale şi de specie, la om, altruismul apare nu ca un simplu ataşament gregar, ci ca o raportare constantă (BALDWIN), fiind atribut al conştiinţei morale. În această lumină, supralicitarea egoismului, pe care o încearcă unele tendinţe filozofice moderne, sub pretextul pseudoştiinţific al primordialităţii motivaţiilor biologice, nu are relevanţă. Societatea ca sistem este singura care poate modela tendinţele egoiste, poate favoriza sublimarea în altruism, ca atitudine morală valorizatoare.

Din perspectivă psihopatologică, altruismul excesiv, cu originea fie în trăsăturile caracteriopate (orgoliu sau ambiţii absurde, imaturitate afectivă, autoritarism mascat de generozitate deturnată ca sens, sentimente de inferioritate), fie în tulburări cognitiv-imaginative, se circumscrie unor entităţi nozografice determinate. Astfel, se descriu idei delirante cu conţinut altruist, mai ales în cadrul melancoliei ; dar şi în afara accesului melancolic, cînd subiectul este, de obicei, un ciclotim, o personalitate afectivă, el se poate manifesta în mod altruist. P. JANET descrie cazul unor bolnavi care exprimau altruismul printr-un devotament excesiv, obositor pentru anturaj.

În psihiatrie, omorul altruist este suprema canalizare aberantă a încărcăturii afective polarizante a trăirii psihotice, dar nu unica. Multe dintre actele neînţelese ale acestei lumi au la bază mecanisme sau fragmente din ceea ce s-ar putea numi bună intenţie, dar care, în fond este rezultat al unei gîndiri morbide. Astfel, în numele unei morale ireproşabile, dar total pervertite de boală, asistăm la acţiuni ce pot culmina cu atragerea în actul autolitic a celorlalţi membri ai familiei, pentru a le curma o suferinţă pe care ei, de fapt, nu o au ; sau aflat sub teroarea unui sindrom paranoid, în care cei apropiaţi sînt consideraţi ameninţaţi de un pericol vital, bolnavul îşi omoară familia şi apoi se sinucide, pentru a se „salva" de „peri-

colul delirant". Istoria cunoaşte, din păcate, şi depăşirea graniţei familiei.

524. **ALTUL SEMNIFICATIV** — sin. ALTUL GENERALIZAT ● Nume generic care poate fi dat oricărui grup sau microgrup social ce joacă un rol însemnat în viaţa unei colectivităţi la un moment dat şi care polarizează atenţia (şi, de obicei, admiraţia) individului, constituind modelul cu care acesta vrea să se identifice. Altul semnificativ poate să reprezinte astfel o motivaţie pozitivă care acţionează favorabil în sensul armonizării sociale sau, dimpotrivă, poate să exercite o influenţă negativă. Psihologia socială studiază importanţa pe care o are altul semnificativ în fenomenul contemporan al grupurilor sociale şi mai ales la tinerii din societatea capitalistă, care vehiculează droguri sau arme, idei şi manifestări religioase cu caracter sectant.

525. **ALUNECARE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DEPLASARE.

526. **ALUVAL**(M) R.F.G. — DCI *Bromisovalum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BROMOVAL(M) România.

527. **ALUZIE** (cf. lat. *allusio*) ● Mesaj latent, în contextul comunicării, care evocă o persoană, un lucru sau o idee despre care nu se spune direct ceva. Are la bază implicaţii (subînţelesuri) ale contextului verbal şi situaţional. Receptorul mesajului trebuie să decodifice semnificaţia cuvintelor, intonaţiei, mimicii, gesturilor emiţătorului, în raport cu situaţia expusă. În modul de comunicare grafic, aluzia se desprinde ca un înţeles „citit printre rînduri". În limbajul maniacalului, schizofrenului, poate fi întîlnit modul aluziv de exprimare, după cum paranoicul şi schizofrenul descoperă aluzia acolo unde ea nu există, decodificînd eronat semnificaţia cuvintelor, gesturilor, mimicii.

528. **ALZHEIMER Alois** (1864—1915) ● Psihiatru şi histopatolog german. Îşi desăvîrşeşte studiile medicale la Würzburg şi Berlin, practică psihiatria la Frankfurt, Heidelberg, München şi Breslau, unde devine, în 1912, titularul catedrei de psihiatrie. Asistent şi colaborator apropiat al lui KRAEPELIN la Heidelberg, îl urmează pe acesta în 1904 la München, unde, în 1906, avînd cunoştinţele histopatologice necesare şi dublîndu-şi studiile clinice cu cele de anatomie patologică, delimitează tabloul anatomopatologic al unei demenţe senile survenite la subiecţi adulţi care nu au depăşit pragul presenilităţii. Descrierea tabloului clinic îi aparţine lui KRAEPELIN care, în 1910, denumeşte această maladie (demenţă) — boala Alzheimer.

529. **ALZHEIMER**(B) *boală* ● Iniţial, tabloul clinic al acestei afecţiuni a fost cuprins în marea şi încă nediferenţiata grupă a demenţelor senile. Interesantă din punct de vedere istoric este şi apropierea lui PICK de studiul acestei maladii, pe care o denumeşte „demenţa prin encefaloză". Cel care a reuşit să contureze tabloul anatomopatologic caracteristic acestei boli a fost însă ALZHEIMER, în 1906, fapt care l-a determinat pe KRAEPELIN, în 1910, cu ocazia realizării descrierii tabloului clinic, să o numească boala Alzheimer.

Studiul bolii a fost aprofundat ulterior, atît din considerente clinice, cît şi anatomopatologice, de DELAY şi BRION. Este o demenţă presenilă, caracterizată prin instalarea rapidă a unui tablou demenţial, însoţit de dezorientare temporo-spaţială imediată şi de sindromul afazo-agnozo-apraxic, la care se adaugă o simptomatologie neurologică de tipul hipertoniei extrapiramidale.

Cazul princeps a fost descris în 1906 de A. ALZHEIMER, care a stabilit că leziunile anatomice predomină în cortexul parieto-temporo-occipital şi constau în degenerescenţă neurofibrilară, plăci senile, degenerescenţă vacuolară, apariţia corpilor Hirano, angiopatie congofilă şi pierderi neuronale. Datele recente subliniază şi deficite specifice în sistemele de neurotransmiţători, care predomină în sistemul colinergic, dar afectează şi alte sisteme (noradrenalină, somatostatină); se discută şi posibilitatea unei etiologii virale.

Boala debutează în 4/5 din cazuri între 45—65 ani, cu o importantă supramorbiditate feminină. Nu s-a putut demonstra transmiterea ereditară a bolii, deşi există familii în care incidenţa ei este mai crescută. Pe de altă parte, s-a observat o creştere a incidenţei demenţei senile în familiile cu cazuri de boală Alzheimer. Similitudinea caracterelor anatomopatologice din demenţa Alzheimer şi cea senilă, sesizată de mult timp, şi desemnată prin conceptul de alzheimerizare a demenţei, a condus, în perioada imediat următoare anului 1980, la importante reevaluări terminologice şi etiopatogenice. Astfel, a fost introdus termenul de demenţă de tip Alzheimer, care sugerează o etiopatogenie comună şi o posibilă abordare terapeutică unitară.

Debutul acestui tip de demenţă este insidios, relativ rapid (luni), asociind unui deficit mnezic global dezorientarea spaţială precoce, cu pierderea simţului de orientare în spaţiul imediat. Apariţia tulburărilor funcţiilor simbolice de tipul apraxiei ideatorii, alexiei izolate, agrafiei pure, fără asocierea unor tulburări senzitive

sau senzoriale, anunță instalarea perioadei de stare.

În această fază evolutivă, tabloul clinic este dominat de tulburări intelectuale masive, manifestate prin deficit mnezic și prosexic grav, dezorientare spațială severă, însoțite adesea de stări de agitație. Sindromul afazo-apraxo-agnozic (A.A.A.) completează tulburările care preexistau izolat în faza de debut, putînd îmbrăca diverse forme ca: afazia Wernicke (în care tulburările de înțelegere sînt însoțite de jargonofazie, iterații verbale — ecolalie, palilalie, logoclonii), alexie și agrafie, apraxie constructivă, agnozie vizuală cu prosopagnozie.

Idei de prejuduciu și persecuție și sindromul confuzional se pot asocia, tranzitor sau permanent, tabloului simptomatologic descris anterior.

Pe plan neurologic, semnele extrapiramidale de tipul hipertoniei și akineziei, ca și crizele comițiale, sînt argumente în favoarea diagnosticului pozitiv. Evoluția se face în 4—10 ani către exitus, în stare cașectică.

Frecvența afecțiunii nu este atît de rară cît s-a susținut în Europa, în ultimele decenii. Deși s-ar putea ca diagnosticul să se pună cu mai multă ușurință în S.U.A., trebuie reținute totuși valorile crescute ale afecțiunii: psihiatrii americani le estimează la 0,8—1,2% din populație, ceea ce corespunde pentru contingente vîrstnice, la valori mari și în valori absolute, la peste două milioane cazuri.

530. **AMANITA MUSCARIA** ● Specie de ciupercă otrăvitoare — muscariță sau pălăria șarpelui —, care poate provoca intoxicații accidentale grave, prin confundarea cu specia comestibilă *Armillaria mellea* (opintici sau ghebe). Intoxicația debutează prin sindromul muscarinic, concretizat prin catar, hipersudorație, hipotensiune, colaps, urmat de grave tulburări psihice: halucinații macroscopice cu conținut fantastic, euforie, confuzie mintală, acte de violență (beția muscarinică). În cazul unor episoade confuzionale, intoxicația cu ciuperci nu trebuie exclusă dintre ipotezele etiologice.

531. **AMANITA PANTERINA** ● Basidiomicetă, ca și *Amanita muscaria*, este numită și burete pestriț, flocos sau bubos; face parte din grupa ciupercilor necomestibile, care generează intoxicații alimentare grave, implicînd și tulburări psihice. Ingestia accidentală este urmată de instalarea sindromului panterian (de tip atropinic): tulburări digestive grave (diaree, vărsături), midriază, tahicardie, delirium, convulsii, comă. Intoxicația cu ciupercile din grupul amanitei se tratează prin administrare de emetice, apomorfină 0,01 g s.c. (nu spălătură gastrică), hidratare (per os și /sau în perfuzie), ceai, cafea sau cofeină pentru combaterea somnolenței, purgative, cărbune animal, sedative de tipul bromurilor. De obicei, nu rămîn sechele; după 5—6 ore de la intoxicație, bolnavul iese din comă, cu amnezia lacunară a episodului.

532. **AMAT**[S] semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BENOIT-AMAT[S] — sindrom.

533. **AMATOFOBIE**[F] (cf. gr. *amathos* „praf"; *phobos* „frică") ● Teamă excesivă, nemotivată, cu caracter patologic, de praf; este greu de delimitat, fiind cuprinsă, de obicei, în cadrul RIPOFOBIEI (frica de murdărie). Generează mecanisme de evitare și apărare greu suportabile pentru anturaj și chinuitoare pentru subiect → FOBIE.

534. **AMAUROTICA** — idioție — sin. AXONALA IDIOȚIE; DEGENERESCENȚA NEUROAXONALĂ INFANTILĂ; SPASTICA IDIOȚIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STEITELBERGER[B] boală.

535. **AMAUROZA** (cf. gr. *amaurosis* „orbire") ● Pierderea completă a vederii, datorată unor cauze care privesc în mod direct globul ocular, retina, nervul sau căile optice centrale, ariile de proiecție.

Circumstanțele etiologice care nu se referă la polul anterior al globului ocular sînt: angiopatiile retiniene, corioretinitele, degenerescențele pigmentare primitive, idioția amaurotică, trombozele și tromboflebitele vaselor retiniene, intoxicațiile (nicotinice, alcoolice, saturniene, arsenicale, cu chinină sau cu alcool metilic), scleroza în plăci, tabesul, tumorile segmentului cerebral anterior, boli degenerative eredo-familiale, infarctizarea largă (ca teritoriu) a lobului occipital.

Din punctul de vedere psihiatric, două aspecte ale amaurozei pun probleme deosebit de interesante. Primul este cel legat de sindromul Anton, în care bolnavul amaurotic nu-și recunoaște suferința și, cu toate că manifestările comportamentale îl indică drept un nevăzător absolut (ca și absența nistagmusului optokinetic), continuă să confabuleze despre anumite întîmplări nevăzute de el după instalarea bolii. Mecanismul acestei tulburări este în relație cu imposibilitatea subiectului de a admite pierderea integrității funcționale corporale, cu imaginea propriei persoane, cu considerarea bolii ca o slăbiciune.

Scanned with OKEN Scanner

Celălalt aspect se referă la amauroza isterică, a cărei condiţie psihogenă nu este totdeauna uşor de pus în evidenţă. Stabilirea originii (dar nu şi a cauzei) se face cu ajutorul următoarelor probe: apariţia nistagmusului optokinetic la stimularea cu ajutorul unui tambur rotativ cu oglinzi, modificarea traseului EEG la stimularea luminoasă intermitentă, absenţa oricărui semn neurologic de leziune corticală sau suferinţe în legătură cu amauroza. Date privind trăsăturile de personalitate ale subiectului, alte „accidente" de tip conversiv, ca şi eventuala decelare a psihogenezei, uşurează mult diagnosticul.

536. **AMAVIL**(M) S.U.A. — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzosin. cicloheptanic → AMITRIPTILINA(M) România.

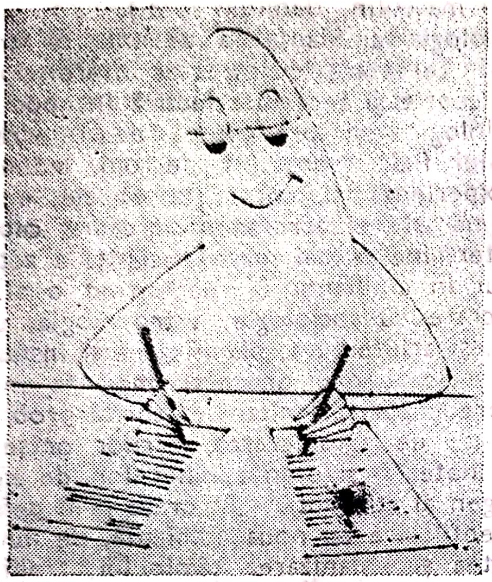
537. **AMAXOFOBIE**(F) (cf. gr. *amaxa* „vehicul" ; *phobos* „frică") ● Teamă excesivă, patologică, nejustificată, faţă de vehicule, menţionată cu o frecvenţă mare la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea. Astăzi apare în mod excepţional ca fobie unică, fiind, de obicei, prezentă alături de alte fobii: AGORAFOBIE(F), AGIOFOBIE(F), CLAUSTROFOBIE(F), KINEZIOFOBIE(F); nu presupune o experienţă anterioară neplăcută şi nici nu trebuie confundată cu „răul de vehicul", care este acompaniat de tulburări neurovegetative caracteristice.

538. **AMBIANŢĂ** (cf. lat. *ambire* „a înconjura" ; fr. *ambiance*) ● Ansamblul factorilor şi condiţiilor înconjurătoare care acţionează asupra unui organism. Numărul factorilor ambientali este direct proporţional cu gradul de evoluţie a organismului. Astfel, factorii fizici (geografici, atmosferici, condiţii de habitat şi de muncă, încălzirea şi iluminatul artificial, poluarea sonoră), biologici (resurse de hrană, echilibrul ecologic dintre specii, condiţii de contaminare microbiologică), psihologici şi sociali (competiţia dintre indivizi, dintre clase şi partide politice, dintre ţări şi sisteme sociale, dreptul şi accesul la muncă, atitudinile interpersonale, atmosfera familială etc.) acţionează asupra speciei umane sub forma unor constelaţii complexe. În acest sens, BERNARD decelează: ambianţa fizico-socială (referitoare la instrumente, dispozitive, echipamente şi maşini utilizate în procesul muncii sau în mediul domestic, ornamente, sisteme de transport şi comunicaţii); ambianţa biosocială (plante, animale domestice, servicii menite să satisfacă necesităţile sociale imediate); ambianţa psihosocială (comportamentele indivizilor cu care venim în contact, obiceiuri, datini, tradiţii, folclor, convenţii sociale, moravuri, credinţe, simboluri lingvistice, mass-media); ambianţa derivată, controlată şi instituţionalizată (de tip economic, politic, rasial, religios, educaţional, etic, estetic, cultural, naţional, regional, revoluţionar, conservator, masculin, feminin etc.).

Psihologia ambianţei a devenit o ramură nouă de cercetare, cu caracter interdisciplinar în concepţie şi teorie, eclectică în abordările metodologice şi preocupată de interrelaţia mediului fizic (construit de om îndeosebi) cu experienţa şi comportamentele umane. Ea urmăreşte elaborarea unor cadre capabile să determine o mai mare eficienţă a acţiunii omului în ambianţa sa, necesitînd o strînsă conlucrare cu sociologia, antropologia, urbanistica şi arhitectura, planificarea şi instanţele decizionale. Cadrul urban şi ambianţa muncii sînt preocupări prioritare (datorită problemelor puse de aglomerarea marilor oraşe, de singurătatea şi siguranţa indivizilor, de efectul psihogen al strămutării în oraşe prin defectul de identificare cu noua ambianţă, de funcţionalitatea şi umanizarea căminului, şcolii, locului de muncă, spitalelor, de complementaritatea vecinătăţii diferitelor tipuri de instituţii şi complexe industriale în marile oraşe, de construirea zonelor de recreaţie etc.). Ambianţa constituie şi obiectul de studiu al diferitelor ramuri ale ecologiei (autoecologia, sinecologia), psihiatriei transculturale şi etnopsihiatriei.

Sfera psihiatrică a preluat termenii de ambianţă permisivă şi neutrală. Primul se referă la mediul fizic şi social care nu urmăreşte impunerea unor limitări specifice şi rigide şi nici nu exercită presiuni sau exigenţe asupra subiectului. Al doilea indică mediul fizic şi social în care acting-out-ul şi verbalizarea sînt permise, dar nu în mod necesar sancţionate sau aprobate. Ca şi ambianţa permisivă, ambianţa neutrală este propice psihoterapiei de grup, realizînd ambianţa psihoterapeutică. SLAVSON (1943) afirmă că această metodă „oferă înlocuitorul mediului neutral, fiecare participant poate lua din ea ceea ce îi trebuie. Copilul agresiv găseşte eliberarea din anxietatea sa ..., în timp ce timidul sau necomunicativul îşi poate depăşi fricile", pentru că „aceleaşi dezadaptări pot avea diferite determinări psihologice şi de aceea solicită diferite situaţii". Ambianţa socială implică procesul şi capacitatea de adaptare a indivizilor, fie datorită dinamicii transformărilor ei permanente, fie prin transgresarea bruscă a individului dintr-o ambianţă socială în alta (în cazul emigranţi-

lor) ; în această ultimă situaţie, posibilităţile adaptative imediate pot fi depăşite, luînd naştere o patologie specifică → PSIHOGENII. În concepţia antipsihiatriei, ambianţa socială ar fi principala cauză a apariţiei problemelor



emoţionale, mintale sau comportamentale (definite „eronat" de psihiatrie drept „boală mintală"), prin suprasolicitarea adaptativă la care i-ar expune pe indivizii cu strategii adaptative personale defectuoase.

539. **AMBIDEXTRIE** (cf. lat. *ambo* „ambii" ; *dextra* „dreapta") ● Capacitatea de a utiliza în mod egal şi cu aceeaşi dexteritate ambele mîini în diversitatea şi complexitatea activităţilor curente. Nu constituie un avantaj adaptativ o nouă cucerire sau un element de viitor decît la prima vedere. Se întîlneşte în mod fiziologic la copii înainte de apariţia (instalarea) dominanţei unei emisfere, şi nu are nici o semnificaţie patologică. În mod normal, există o dominantă a uneia din emisferele cerebrale pentru un anumit tip de funcţiuni — pentru abilitate manuală, limbaj — această emisferă fiind cea stîngă. Intrarea în activitate a unei arii dintr-o emisferă atrage în mod obligatoriu activitatea ariei simetrice din emisfera opusă. Fiecare emisferă preia, din mesajele primite, acele informaţii pentru care ea este dominantă, le prelucrează şi, astfel transformate, le transferă şi celeilalte emisfere. La dreptaci, la care în marea majoritate emisfera stîngă este dominantă, emisfera dreaptă concepe activitatea manuală ca un ansamblu de informaţii călăuzitoare pe care îl transferă emisferei stîngi, iar aceasta îl traduce într-o serie de acţiuni coordonate, precise. Un comisurotomizat nu poate face corect un desen cu mîna dreaptă, deoarece centrii motori stîngi nu primesc informaţiile spaţiale călăuzitoare de la emisfera dreaptă. Astfel, lipsa dominanţei şi existenţa ambilateralităţii, în cazul unei leziuni unilaterale, creează dificultăţi în efectuarea actelor de fineţe. În aceeaşi ordine de idei, R. ZAZZO — citat de POPESCU — NEVEANU — afirma : „din punctul de vedere al echilibrului psihomotor, ambidextria este cea mai proastă formulă. Ajustările motorii, organizarea gestică, necesită o anumită specializare diferenţială între dreapta şi stînga, direcţia şi dominanţa unei părţi asupra celeilalte...". În general ambidextria *fiziologică* a copiilor poate fi corijată prin exerciţii speciale, menite să asigure dominanţa dreptei ; acest lucru nu este posibil însă la encefalopaţi şi afazici, datorită şi faptului că, în procesul hominizării, dominanţa unei emisfere cerebrale este o achiziţie tîrzie, pe care aceştia nu o mai pot recupera.

Este absolut necesară precizarea privind intervenţia psihopedagogică în cazul existenţei unei nete dominanţe a mîinii stîngi (emisfera dominantă este emisfera dreaptă în acest caz). Mai persistă prejudecata, atît în rîndul populaţiei, cît şi a cadrelor specializate, că lateralitatea stîngă este un defect. Intervin atunci o serie de metode care constring subiectul să-şi utilizeze preponderent mîna dreaptă. Aceste metode sînt dăunătoare şi ineficiente, atît pentru că performanţele realizate cu mîna dreaptă nu vor fi niciodată la înălţimea performanţelor realizate cu mîna stîngă (performanţe susţinute genetic, morfofuncţional), cît şi pentru că induc subiectului sentimentul că are un defect, că este diferit de ceilalţi.

540. **AMBIEGAL** (cf. lat. *ambo* „amîndoi" ; *aequalis* „egal") ● Termen propus şi introdus de RORSCHACH (cu utilizare restrînsă — nu a depăşit cadrul psihodiagnosticului său), pentru a evidenţia un echilibru perfect (dacă el ar exista) între tendinţele extratensive şi cele intratensive.

541. **AMBIGUITATE** (cf. lat. *ambiguitas*) ● Imprecizie semantică din care decurge dualitatea (sau pluralitatea) sensurilor ce pot fi atribuite unui mesaj. La nivel lexical, ambiguitatea caracterizează cuvintele omonime, care, deşi identice ca formă, denumesc obiecte deosebite (de exemplu, „capră", „broască", „tort" etc.) ; în frază sau discurs, ambiguitatea apare ca echivoc, atunci cînd structura lor permite interpretări diferite.

Într-o accepţiune mai generală, ambiguitatea denotă caracterul scindat, contradictoriu, hibrid sau polimorf al unui existent oare-

care, termenul fiind utilizat îndeosebi pentru caracterizarea condiției umane — ambiguă prin excelență, datorită multiplelor „dualități" ce o definesc: corporalitate-spirit activitate-pasivitate, afect-rațiune, individ-societate etc. Ambiguitatea, ca dimensiune cardinală a ontologiei ființei umane, s-a bucurat de o tratare amplă în unele teorii existențialiste. MERLEAU-PONTY și-a conceput sistemul ca „filozofie a ambiguității", întrucît omul în deplina-i autenticitate se arată, în același timp, reflexiv și activ, retras din tumultul vieții în singurătatea meditației și, totodată, angajat în lume prin actele sale. Simone de BEAUVOIR propune o „morală a ambiguității", eliberată de stereotipia alienantă a clișeelor atitudinale impuse de autoritatea principiilor rigide, conformiste, și axată pe spontaneitatea discernămîntului moral, capabil să intuiască specificul contradictoriu și unicitatea paradoxală a fiecărei situații existențiale în parte.

În estetică, ambiguitatea limbajului artistic se referă la pluralitatea nedefinită de semnificații ce pot fi atribuite operei de artă, în procesul receptării acesteia. Dacă, pe plan teoretic, ambiguitatea discursului apare ca imperfecțiune și carență a limbajului, în artă ambiguitatea nu înseamnă echivoc și distorsiune a comunicării, ci, dimpotrivă, exprimă specificul ireductibil al mesajului estetic; acesta este prin natura și esența sa ambiguu, întrucît nu denumește cu exactitate, ci sugerează prin intermediul imaginilor artistice, în care se contopesc elemente raționale, emoționale și perceptive, decodajul depinzînd în mod hotărîtor de concepția, experiența, sensibilitatea și spontaneitatea imaginativă a receptorului.

În psihiatrie, s-a încercat acreditarea termenului pentru a desemna incapacitatea de identificare sexuală a unor subiecți. În această accepție, conținînd o serie de neclarități, termenul este mai puțin utilizat.

Se mai poate vorbi despre ambiguitatea unor atitudini ale nevroticului, care, deși accentuează asupra dorinței sale de a se însănătoși și de a ieși din sfera simptomelor, respinge adeseori orice încercare consecventă de soluționare a conflictului și a bolii.

Tentativele suicidare ale adolescentului sînt cel mai adesea încărcate de ambiguitate: pe de o parte, subiectul refuză lumea în care trăiește, i se opune prin sacrificiul suprem, pe de altă parte, el dorește mai multă afecțiune și o mai rapidă integrare, trăgînd un semnal de alarmă, care să atragă întreaga atenție asupra sa.

Ambiguitatea simbolisticii schizofrene, ca și a artei patoplastice, poate fi oricînd luată în discuție ca o extremă a acestei caracteristici.

sin.

542. **AMBIGUITATE SEXUALĂ** → GYNANDRIE.

543. **AMBISEXUALITATE** (cf. lat. *ambo* „ambii"; *sexus*) ● Stare a unui organism în care coexistă caracteristicile sexelor opuse sau în care conturarea sexuală nu este bine definită. Sub aspect psihic, FERENCZI a propus ca termenul de ambisexualitate să-l înlocuiască pe cel de bisexualitate.

544. **AMBITENDINȚĂ** (cf. lat. *ambo*; *tendere* „a se îndrepta"; fr. *tendence*) ● Termen folosit de L. SZONDI pentru a descrie prezența simultană a două tendințe antagoniste, care, în mod normal se exclud; autorul care, în mod normal se exclud. Termenul nu este echivalent cu cel de ambivalență.

545. **AMBITONIE** (cf. lat. *ambo*; gr. *tonos* „intensitate, energie") ● Tulburare survenită în controlul pe care sistemul nervos central îl exercită, prin componenta sa vegetativă, asupra organelor interne, în sensul egalizării și neutralizării consecutive a acțiunii simpaticului și parasimpaticului, fiind cunoscut faptul că, în mod normal, la nivelul majorității organelor interne, există o predominență fie simpatică fie parasimpatică, în funcție de necesitatea modulării activității lor sau punerii în repaus. În afara cazului unor glande endocrine, pentru care activitatea conjugată, de echilibru, a ambelor componente ale sistemului nervos vegetativ concură la realizarea efectului fiziologic, ambitonia conduce, în general, la apariția unui dezechilibru al funcțiilor vegetative, a cărui intensitate și expresie clinică este determinată de predominanța receptorilor simpatici sau parasimpatici.

546. **AMBIȚIE** (cf. lat. *ambitio* „strădanie, ambiție") ● Tendință personală (imbold) de mobilizare intensă a tuturor disponibilităților și energiilor în direcția realizării unui scop prestabilit (accederea la o poziție privilegiată sau superioară pe scara socială sau profesională, la un statut economic mai bun); este o trăsătură volitivă. Dorințele de glorie, succes sau onoruri, trebuința de prestigiu sau de valorizare personală reprezintă factori de focalizare unidirecțională a resurselor energetice și a capacităților unui subiect. În funcție de natura scopurilor propuse (egoiste, prejudiciatoare pentru ceilalți sau nobile, onorante)

Scanned with OKEN Scanner

și de tipul mijloacelor utilizate pentru atingerea lor (legale sau repudiate social), de caracterul adecvat al raportului aspirații-posibilități reale personale, ambiția poate deveni o trăsătură pozitivă sau negativă de personalitate. Din punct de vedere psihodinamic, unii autori o consideră un mijloc de apărare, față de complexul de inferioritate. Ambițioși, în acest sens, pot fi considerați cei care și-au depășit o deficiență sau o infirmitate, fiind binecunoscute însă doar cazurile „ambițioșilor" din galeria personajelor istorice sau din cea a creatorilor de artă.

Ambiția poate sta la baza unor acțiuni creatoare, prin stimularea spiritului de competiție, sau dimpotrivă, în formele ei negative, poate deveni stimulatoare a vanității, a orgoliului excesiv și a încăpățînării absurde, generînd aspirații morbide spre statute superioare pentru a căror obținere nu mai contează mijloacele, ci doar scopul. Astfel de situații pot fi întîlnite la debilul mintal, la dizarmonicul paranoic, la histrionic. În bovarism, ambiția se leagă de sentimentul de frustrare și reflectă nevoia de valorizare. În paralizia generală și paranoia, se produce un real delir ambițios, cu megalomanie.

547. **AMBIȚIE NEGATIVĂ** ● Reversul ambiției pozitive. Introdusă de REIK, noțiunea descrie un tip de comportament masochist, prin care individul elimină orice posibilitate de a-și îndeplini scopurile, ratînd toate ocaziile favorabile, transformînd orice șansă în eșec. În loc să urmeze principiul maximului avantaj pentru sine, subiectul se supune principiului minimei rezistențe, situîndu-se astfel în poziția de permanentă pierdere.

548. **AMBIȚIOS**(D) *delir* ● Descris de FALRET în paralizia generală progresivă și în paranoia (nebunia sistematizată ambițioasă sau, în concepția vechilor autori, megalomania). Ideile delirante din delirul ambițios corespund unor exaltări ale Eului, subiectul avînd sentimentul forței, omnipotenței, superiorității. Delirul ambițios a fost sistematizat, după tematică, de către MAGNAN, care, cu deosebită finețe psihopatologică, a subliniat și deosebirile metamorfozării tematicii acestuia în funcție de epoca istorică, ca și de personajele cu care se identifică delirantul (vezi tabel nr. IX)

În metamorfozarea delirului sistematizat, autorii clasici considerau delirul ambițios ca o cale finală, ca o formă spre care tind bolnavii, indiferent de coloratura inițială (persecutor mistic, erotic, politic, de gelozie).

Tabel nr. IX

Evul mediu	*Epoca modernă*
Demoniacul Teomanul Anticristul Profetul Martirul	Megalomanii (împărații, regii, președinții, mitomanii) Reformatorul Inventatorul

Persecutantul devine persecutor, acuzatul — acuzator, oprimatul — oprimator etc., ideile de persecuție fiind substituite rînd pe rînd cu cele megalomanice. Astăzi această evoluție tipică este mult mai rară, fiind modificată în mod esențial de intervenția terapeutică.

549. **AMBIVALENȚĂ** (cf. lat. *ambo* „doi". *valere* „a avea forță, putere, valoare") ● Tulburare a afectivității făcînd parte din categoria paratimiilor și constînd în trăirea simultană și paradoxală a unor sentimente și afecte diametral opuse. Această trăire a contrariilor, specifică schizofreniei, a fost descrisă de BLEULER (1911) ca interesînd voința (subiectul vrea, în același timp, să facă și să nu facă o acțiune), gîndirea (subiectul evocă o idee și contrariul ei) și afectivitatea (subiectul iubește și urăște, în același timp). Ambivalența se manifestă pe plan comportamental prin acte bizare, antrenînd apariția unor simptome ca apragmatismul și barajul. Ambivalența, simptom principal în schizofrenie (după BLEULER), este prezentă nu numai în psihoze, putîndu-se întîlni, sub o formă atenuată, și în nevroze; împreună cu BLEULER, admitem existența unei ambivalențe normale nu numai situațional, ci chiar și existențial.

În psihanaliză, ambivalența se definește ca prezență simultană, față de același obiect, a unor tendințe, atitudini și sentimente opuse. FREUD a împrumutat termenul de la BLEULER și l-a folosit în teoria asupra transferului, în teoria pulsiunilor, în evoluția stadiilor libidinale, în teoria conflictului. În transfer, ambivalența se referă la faptul că atitudinea analizatului față de analist conține atît sentimente pozitive cît și sentimente negative. Aceste două categorii opuse de sentimente traduc ambivalența care există și în mod normal, în majoritatea relațiilor dintre oameni. Transferul poate fi negativ sau pozitiv sau se poate vehicula,

în relația transferențială, „un amestec variabil de simpatie și antipatie". Componenta negativă a transferului (ostilitatea) este și ea semnul unui atașament afectiv, dar de sens contrar. În legătură cu pulsiunea, ambivalența se referă la cuplul de opoziție activitate-pasivitate („moțiunea pulsională activă coexistă cu moțiunea pulsională pasivă"). Ambivalența apare evident în nevroza obsesională, în unele psihoze, în stările de gelozie, în depresia de doliu. În sindromul „melancolic" (L. SZONDI), ambivalența apare în factorul m (m±), semnificînd faptul că subiectul se acroșează cu toate forțele de obiect fiind, în același timp, detașat (incertitudinea legăturii cu obiectul); în sindromul „obsesional" (SZONDI) ambivalență se manifestă în următorii factori pulsionali; sexualitate (h), etic-moral (e), mecanismele de introiecție-refulare (k) și acroșaj (m). SZONDI numește ambivalentă (sau ambiegală) reacția în cadrul căreia subiectul alege, pentru același factor pulsional reprezentat de șase fotografii, trei figuri simpatice și trei figuri antipatice. Este o reacție cu dublă polaritate, în parte acceptată, în parte respinsă înconștient de către Eu; ambivalența se referă la tendință. SZONDI admite că „forma ambivalentă corespunde formei originare a oricărei trebuințe pulsionale". Ambivalența mai apare, după SZONDI, în sindromul sentimentului „de nefericire" („le pont des malheureux"), în sindromul exhibiționismului larvat („le pont des exhibitionistes"), în sindromul „uniunii dualiste" din profilul Eului, în diverse profile ale Eului corespunzătoare diverselor stadii de dezvoltare (cele șase clase, care marchează perioadele de evoluție a Eului). După FREUD, ambivalența caracterizează și unele dintre stadiile dezvoltării libidinale (iubirea și distrugerea obiectului în stadiul sadic-oral și sadic-anal). K. ABRAHAM face din ambivalență o categorie genetică, legată de specificul relației cu obiectul în fiecare stadiu libidinal. El consideră că stadiul oral este preambivalent; ambivalența apare odată cu perioada oral-sadică sau canibalică, aceasta implicînd ostilitatea față de obiect și tendința de a-l distruge.

Stadiul oral primar s-ar caracteriza, în opinia autorului citat, ca preambivalent: actul suptului reprezintă o incorporare, fără distrugerea obiectului; urmează perioada oral-sadică. Abia ulterior individul învață să menajeze obiectul. Ambivalența este depășită în stadiul genital (postambivalent). Pentru Melanie KLEIN, pulsiunea este esențial ambivalentă: „iubirea" față de obiect conține și înclinația spre destrucția obiectului; de aici rezultă ambivalența ca o însușire a obiectului (individul luptă pentru rezolvarea opozitelor) și clivajul obiect „bun" și obiect „rău", întrucît un obiect ambivalent (binefăcător și destructiv în același timp) nu poate fi tolerat. În cadrul conflictului defensiv, ambivalența este legată de motivațiile incompatibile care intră în joc: apărarea deformează reprezentările refulate, care ajung să fie de nerecunoscut; rezultă o formă de manifestare (formațiune de compromis) prin care sînt satisfăcute și dorința refulată și exigențele defensive. În această accepțiune largă, ambivalența caracterizează orice fel de atitudine conflictuală. În accepțiunea sa originară, specifică, ambivalența este proprie acelor conflicte în care sînt prezente simultan componenta pozitivă și componenta negativă a atitudinii afective (de exemplu, ambivalența sadism-masochism, în manifestarea unor pusee agresive la o persoană care, în același timp, suportă să fie tratată agresiv de o altă persoană).

Referitor la ambivalență și dualism pulsional, în teoria freudiană asupra pulsiunilor, iubirea își are originea în pulsiunile sexuale, în timp ce ura ține de pulsiunile de autoconservare; din a doua concepție a lui FREUD, conform căreia există pulsiunile vieții și pulsiunile morții, rezultă că ambivalența este o caracteristică veche a dualismului pulsional. În complexul Oedip, ambivalența se exprimă în cadrul conflictului (defensiv) între dorință și interdicția dorinței; complexul Oedip se află la originea unor modalități diverse ale conflictului defensiv. Se întîmplă ca, în cadrul acestui conflict, sentimentele de iubire și de ură să fie îndreptate spre aceeași persoană (de exemplu, iubire și ură față de tată sau față de un substituit al acestuia; rădăcinile profunde ale complexului Oedip în totemism: asociațiile care fixează simboluri colective, de exemplu, echivalența tată-dumnezeu — animal puternic; individul reacționează ambivalent față de acest reprezentant al autorității și al puterii, pe care-l detestă și îl iubește, în același timp, dorind să i se substituie, deci rivalizînd și încercînd să rezolve rivalitatea prin identificare).

550. **AMBIVALON**(M) Elveția — DCI *Amitriptilinoxid* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină N-oxid, cu acțiune antidepresivă medie și anxiolitică. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

551. **AMBIVERSIUNE** (cf. lat. *ambo* „doi"; *vertere* „a întoarce"). ● Termen ce definește

un dublu atribut, un cuplu de două tendințe — mai mult sau mai puțin egale — către introversiune și extroversiune, existente la același subiect. Este apropiat termenului AMBIEGAL creat de RORSCHACH.

552. **AMBIVERT** (cf. lat. *ambo* ; *vertere*) ● Tip de personalitate la care sînt dezvoltate, în egală măsură, tendințele de introversie și extroversie, realizînd un echilibru relativ.

553. **AMBLICROMAZIE** (cf. gr. *amblys* „slab" ; *chroma* „culoare") → DISCROMATOPSIE.

554. **AMBLINOIA** (cf. gr. *amblys* ; *noein* „a gîndi") — sin. AMBLITIMIE ● Termen ieșit din limbajul psihiatric curent, referindu-se la grupajul de simptome determinate de fenomenele obsesionale și interpretative, avînd ca fundal anxietatea, specifice tabloului clinic al psihozelor schizofrenice (amblinoia simplă și catatonică a lui EVENSON).

555. **AMBLIOPIE** (cf. gr. *amblys* ; *ops* „vedere, privire") ● În accepțiune generală, diminuarea funcției vederii, indiferent de etiologie. Se clasifică în : congenitală, dobîndită, temporară, permanentă.

În psihiatrie, ambliopia isterică afectează, în general, ambii ochi, fiind inconstantă ca intensitate și întindere în cîmpul vizual, și se asociază, de cele mai multe ori, cu fotofobie, blefarospasm, lăcrimare și cu inversarea cromatică. Ambliopia toxică se produce în cazul unei toxicomanii mixte, alcoolice și tabagice, care creează un deficit tiaminic și de vitamină B_{12}, responsabil de nevrita retrobulbară asociată neuropatiei periferice ; vederea centrală este redusă mai mult pentru culoarea roșie sau verde, pierderea totală a vederii survenind numai în puține cazuri.

556. **AMBLITIMIE** (cf. gr. *amblys* ; *thymos* „spirit") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMBLINOIA.

557. **AMBULATOR** (cf. lat. *ambulatorius* „mobil") ● Caracteristică a subiectului care, în cursul unei stări patologice, nu este imobilizat, poate umbla — veni și pleca ; unitățile care asigură asistență medicală a acestei categorii de subiecți sînt definite drept unități medicale ambulatorii, ele realizînd asistența ambulatorie → ASISTENȚA AMBULATORIE.

558. **AM-DEX**(M) Argentina, Italia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

559. **A.M.D.P.** — *sistem* ● Inventar general de evaluare a depresiei, introdus de HEIMANN și BOBON (1981), care cuprinde patru registre destinate înregistrării psihopatologiei, datelor somatice, antecedentelor și tratamentului pentru afecțiunile psihiatrice. Cei o sută de itemi ai scalei de psihopatologie sînt definiți într-un glosar adiacent inventarului și pot fi cotați cu ajutorul unei scale de intensitate, cu cinci niveluri (absent, mediu, ușor, puternic, foarte puternic). Este aplicat deja în mai multe țări europene.

560. **AMEDRINE**(M) Brazilia — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și același risc al dependenței.

561. **AMELARTRIE** (cf. gr. *a-* ; *melos* „membru, parte a corpului" ; *arthron* „articulație") — sin. ANGOFRAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EMBOLOFRAZIE/EMBOLOLALIE.

562. **AMELECTIE** (cf. gr. *ameleia* „neglijență, indiferență") ● Termen foarte rar utilizat, semnificînd indiferență, lipsă de interes, nepăsare.

563. **AMELOGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *melos* ; *gnosis* „cunoaștere") ● Tulburare de schemă corporală constînd din absența percepției unuia dintre membre.

564. **AMENOMANIE** (cf. lat. *amoenus* „plăcut" ; gr. *mania* „nebunie") — sin. CHEROMANIE ; HAIROMANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HABROMANIE.

565. **AMENOREE** (cf. gr. *a-* ; *mēn* „lună" ; *rhein* „a curge") ● Absența menstruației — în afara sarcinii — la o vîrstă la care, în mod normal, este prezentă. Amenoreea poate fi primară sau secundară — în cazul în care a existat în antecedente. În funcție de circumstanțele etiologice, se poate vorbi de amenoree gonoforică, ovariană, determinată de afecțiunile altor glande endocrine, neurohipotalamo-adenohipofizară, cu ambiguitate sexuală și de cauză generală.

Tulburările psihice care însoțesc absența menstruației sînt legate, în majoritatea cazurilor, de afecțiunea de fond : astenia, adinamia și iritabilitatea din boala Addison ; depresia, anxietatea, labilitatea emoțională, tulburările mnezo-prosexice și, uneori, manifestările ase-

Scanned with OKEN Scanner

mănătoare celor din psihoza maniaco-depresivă care apar în hipercorticism ; bradipsihia, bradilalia, bradikinezia și, uneori, deficitele psihice majore din insuficiența tiroidiană ; hiperkinezia însoțită de fatigabilitate, insomnii și, uneori, de reacții maniaco-depresive, schizoide, paranoide din hipertiroidie ; tulburările psihice de tip anxios-depresiv din sindromul amenoree-galactoree (tip Chiari-Frommel).

O mare parte din simptomatologia psihică este legată de însăși absența menstruației, resimțită ca o frustare de un atribut esențial al feminității. În accesul depresiv al psihozei maniaco-depresive, tulburările de ciclu sînt frecvent semnalate, de la hipomenoree cu bradimenoree, pînă la amenoree. S-a presupus existența unui paralelism între gravitatea depresiei și inhibiția funcției gonadotrope. Amenoreea se poate produce și în timpul episodului maniacal. Aceste observații au condus la încercarea de a elucida unele aspecte legate de etiopatogenia psihozei maniaco-depresive prin rolul prolactinei (hormon cu structură proteică, secretat de adenohipofiză în funcție de starea fiziologică, a organismului femeii — ciclu menstrual, sarcină, lactație), care intervine în patologia menstruală de tip amenoreic prin creșterea titrului său. S-a constatat că creșterea secreției acestui hormon este mai accentuată în cazul bolii afective bipolare decît în cazul celei unipolare. Există mai ales, o alterare a ritmului circadian al prolactinei, cu creșterea vîrfului maximal nocturn. Anomaliile prolactinei reflectă probabil, o disfuncție monoaminergică, exprimată prin acțiunea inhibitorie a dopaminei și prin cea stimulatorie a serotoninei asupra secreției sale.

Amenoreea se întîlnește frecvent și în stadiile acute ale schizofreniei. Traumatismele craniocerebrale, luesul — înglobează în tabloul lor clinic amenoreea care semnalează, în aceste cazuri, o afectare a funcției hipofizare. Tratamentul cu neuroleptice, mai ales cu cele incisive, realizează un blocaj al receptorilor dopaminergici, ducînd la absența acțiunii frenatorii a hipolatamusului asupra secreției de prolactină, ceea ce determină apariția sindromului amenoree-galactoree. Substanțele antidepresive induc și ele, printre alte efecte secundare, amenoreea.

Amenoreea psihogenă este o amenoree de tip secundar — denumită de unii autori amenoree secundară hipotalamică, cu o frecvență relativ crescută. În etiopatogenia sa intră diverși factori din mediul extern, care pot acționa asupra sistemului nervos central. Astfel, traume psihice variate, teama de sarcină, schimbarea modului de viață sau a climei, emoțiile puternice negative sau chiar pozitive pot provoca oprirea bruscă a menstrelor. Patogenia acestor forme de amenoree poate interesa întregul ax neuro-hipotalamo-adenohipofizo-ovarian. Un mecanism posibil ar consta în suprimarea stimulilor diencefalici necesari secreției de hormoni luteinizanți hipofizari și secreția exclusivă de hormoni foliculino-stimulanți. Dereglarea neurosecreției poate determina și o hiperprolactinemie, în care caz amenoreea se însoțește de galactoree (sindrom amenoree-galactoree).

O altă ipoteză presupune un mecanism nehormonal de producere a amenoreei, ca urmare a influențării directe a ovarului prin intermediul terminațiilor nervoase locale. Anatomopatologic, în amenoreea psihogenă se evidențiază o distrofie scleroasă a ovarelor și hipotrofia endometrului. Clinic se constată lipsa de răspuns la proba de stimulare cu doze normale de hormoni gonadotropi. De regulă, după suprimarea cauzelor care determină amenoreea psihogenă, ciclul menstrual revine la normal, în mod spontan. Tratamentul amenoreei este etiologic.

566. **AMENTIA** (cf. *gr. a-* ; lat. *mens* „minte". ● Termen introdus în 1869 de Theodor Hermann MEYNERT (1833—1892), fiziolog și neurolog german, în lucrarea sa „Der Bau der Grosshirnrinde und seine örtliche Verschiedenheit" (Structura scoarței cerebrale și diversitatea ei topografică). Desemnează o tulburare de tip confuzional a conștiinței, constînd în modificarea predominant calitativă a structurii cîmpului de conștiință, prezentă, după opinia lui MEYNERT, în toate psihozele. Tabloul este dominat de incoerență, dezorientare și agitație extremă, dezordonată, vorbirea subiectului devenind deseori neinteligibilă. Evoluția este discontinuă, putînd apărea, inconstant, perioade stuporoase. KRAEPELIN a asociat, la tabloul lui MEYNERT, dezorientare accentuată, iluzii, idei delirante, oscilații afective care evoluează pe fondul prăbușirii fizice. De menționat că autorii anglo-saxoni identifică amentia cu oligofrenia.

Din cauza improprietății termenului, acesta nu mai este folosit astăzi.

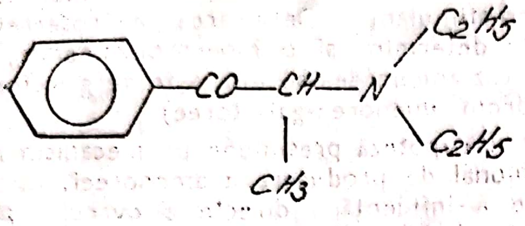
567. **AMEPROMAT(M)** Austria — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandio-
sin.
lic → MEPROBAMAT(M) România.

568. **AMEȚEALĂ** → VERTIJ.

569. **AMFEPRAMONE(DCI)** ● Amină simpaticomimetică anorexigenă de tip 2-(dietilamino-propiofenonă, cu dublă acțiune : stimulatoare și lipolitică.

Scanned with OKEN Scanner

Efectele stimulatorii asupra sistemului nervos central sînt inferioare celor ale amfetaminelor, iar cel anorexigen este mediu, de tipul fenmetrazinei. Are efecte secundare moderate (digestive, cardiovasculare, alergice).



Utilizarea îndelungată, în doze mari, poate produce tulburări psihice de intensitate psihotică. Este contraindicat în sarcină, alăptare, hipertiroidie, boli cardiovasculare. Poate produce obișnuință și dependență. Nu se asociază cu produse IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

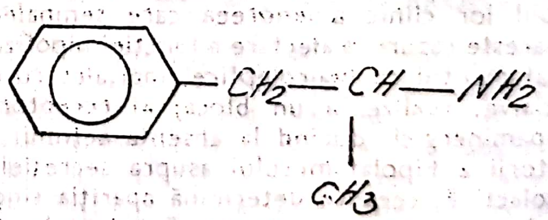
ABULEMPAX(M)	Brazilia
ADIPAN(M)	R.F.G.
ADIPOSAN(M)	Elveția
ADIPYN(M)	Elveția
ALIPID(M)	Argentina
ANFAMON(M)	R.F.G.
ANOREX(M)	Franța
ANOREXINE(M)	Canada
APISATE(M)	Olanda
BONUMIN(M)	Finlanda
BRENDALIT(M)	Argentina
CEGRAMINE(M)	Portugalia
DANYLEN(M)	Suedia
DECA-PROPION(M)	Canada
DELGAMER(M)	Spania
D.E.P.(M)	S.U.A.
DERFON(M)	Franța
DETIPRON(M)	Mexic
DIEPROPON(M)	Norvegia
DIETEC(M)	Canada
DIETIL(M)	Belgia
DIMEN(M)	Iugoslavia
D.I.P.(M)	Canada
DOBESIN(M)	Danemarca
DUALID(M)	Brazilia
FREKENTINE(M)	Olanda
LINEA(M)	Italia
LINEAL(M)	Elveția
LIPOMIN(M)	Spania
LIPOSLIM(M)	Italia
MAGRENE(M)	Italia
MAKETHIN(M)	Italia
MENUTIL(M)	Belgia
MODERATAN(M)	Franța
NEOBES(M)	Mexic
NEOBESINE(M)	Canada
NOVO REDUGRAS(M)	Argentina
NU-DISPOZ(M)	S.U.A.
NULOBES(M)	Argentina
PRÉFAMONE(M)	Elveția, Franța
REGENON(M)	Austria, Elveția
REGIBON(M)	Canada
REGIM(M)	Brazilia
RO-DIET(M)	S.U.A.
SLIM-PLUS(M)	Elveția
TENUATE(M)	Elveția, S.U.A.
TEPANIL(M)	Australia, S.U.A.
TERMIRAN DOSPAN(M)	Brazilia
TYLINAL(M)	Suedia

570. **AMFESERPIN**(MC) Turcia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- ● RESERPINA(M) — derivat de Rauwolfia ;
- ● METAMFETAMINĂ(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic.

Are acțiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare moderate.

571. **AMFETAMINE**(DCI) ● Derivați feniletilaminați de tip (±)-α-metilfenilamină, cunoscuți și sub numele de AMINE PSIHOTONE sau PSIHAMINE, cu acțiune stimulatoare fizică (creșterea activității neuromusculare, a tensiunii arteriale, a amplitudinii respiratorii)



și mai ales psihică : senzația lipsei de oboseală, îndepărtarea somnului, stimulare intelectuală.

Această acțiune tonică a determinat autoadministrarea abuzivă, pînă la toxicomanie. În clinică, nu sînt utilizate decît în tratamentul narcolepsiei și pentru combaterea efectelor

Scanned with OKEN Scanner

secundare ale altor psihotrope: neuroleptice, antidepresive, antiepileptice. Tentația pentru drog este generată și de valențele anorexigene ale amfetaminei, care o face utilă în combaterea obezității. Toxicomania determină creșterea continuă a dozelor și dependență. Primele simptome de intoxicație, care apar de la doze relativ mici, sînt: anorexie, insomnie, agitație psihomotorie cu confuzie și delir halucinator. Pe plan mondial există un număr relativ ridicat de astfel de produse, avînd la bază principiul activ — amfetamina:

ACTEMIN(M)	Argentina
AKTEDRON(M)	Austria, Ungaria
AMFETAMIN(M)	Danemarca
AMFETASUL(M)	S.U.A.
AMITRENE(M)	Belgia
AMPHATE(M)	S.U.A.
AMPHEDRINE(M)	S.U.A.
AMPHETAMIN(M)	Elveția
AMPHOIDS S(M)	Anglia
ANARA(M)	Ungaria
BADRIN(M)	Australia
BENZEDRIN(M)	S.U.A.
BENZEDRINE(M)	Canada,
BENZEDRYNA(M)	Polonia
CENTRAMINA(M)	Spania
CORYDRANE(M)	Franța
DELCOBESE(M)	S.U.A.
DIETAMINE(M)	S.U.A.
ELASTONON(M)	R.F.G.
FENAMIN(M)	U.R.S.S.
FORDEX(M)	S.U.A.
LEPTAMINE(M)	S.U.A.
LINAMPHETA(M)	S.U.A.
LIPO-PERDUR(M)	Portugalia
MONETAMIN(M)	Franța
MONOPHOS(M)	S.U.A.
NOVYDRINE(M)	Israel
OBESIN(M)	Italia
OBETROL(M)	S.U.A.
ORTÉDRINE(M)	Franța
PHENAMIN(M)	U.R.S.S.
PHÉNÉDRINE(M)	Elveția
PROFAMINA(M)	Portugalia
PROFETAMINE(M)	S.U.A.
PSYCHEDRIN(M)	Polonia
PSYCHEDRYNA(M)	Polonia
PSYCHOTON(M)	Cehoslovacia
RACEPHEN(M)	S.U.A.
RAPHETAMINE(M)	S.U.A.
SIMPAMINA(M)	Italia
SIMPATINA(M)	Spania
THEPTINE(M)	S.U.A.

572. **AMFETASUL**(M) S.U.A. → AMFETAMINE(DCI).

573. **AMFIEROTISM** (cf. gr. *amphi* „de ambele părți"; *eros* „iubire") ● Tulburare de identificare sexuală, exprimată la nivelul personalității, descrisă de FERENCZI. Subiectul oscilează în a-și stabili apartenența la unul dintre cele două sexe sau încearcă identificarea simultană cu ambele sexe. Termenul este destul de neclar (și aceasta nu numai datorită faptului că descrie o ambiguitate) și de aceea puțin utilizat.

574. **AMFIGENEZA** (cf. gr. *amphi*; gr., lat. *genesis* „naștere") ● Situație biunivocă a unor subiecți homosexuali, de a putea întreține alternativ și relații heterosexuale. Diferențiați prin aceasta de grupa homosexualilor absoluți, acești subiecți sînt mai abordabili din punct de vedere terapeutic, avînd un acces mai larg spre calea normalizării comportamentului sexual.

575. **AMFOTONIE** (cf. gr. *amphi*; *tonos* „energie") sin. AMBITONIE.

576. **AMIANELUN**(M) Spania —, DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINĂ(M) România.

577. **AMICIL**(M) U.R.S.S. — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Trebuie cunoscute acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

578. **AMICOFOBIE**(F) (cf. gr. *amyche* „zgirietură"; *phobos* „frică") ● Termen semnificînd teama de a fi zgîriat, fără o altă precizare, fapt care a dus la neutilizarea sa, deoarece desemnează o situație particulară — prin generalitatea ei — fără a preciza obiectul generator al acțiunii (corp ascuțit, animale, semeni), deci cu identificare prea largă de obiect, evidențiind numai situația fobogenă.

579. **AMIEL** *Henri Frederic* (1821—1861) ● Scriitor elvețian, a cărui celebritate literară este cu mult depășită de contribuția deosebită pe care a adus-o psihopatologiei, prin publicarea postumă (1883) a lucrării sale „Fragments d'un journal intime" în care, cu o remarcabilă capacitate de autoanaliză, își descrie stările de depersonalizare și derealizare. De altfel, termenul de depersonalizare îi aparține.

580. **AMILENT(M)** Anglia ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic sin.
→ AMITRIPTILINA(M) România.

581. **AMILIT(MC)** Italia ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate, cu aceeaşi acţiune, care se complementează :
● AMITRIPTILINA(M) — timoleptic ;
● LITIU CARBONAT(M) — timoizoleptic ;
Are acţiune timoizoleptică.

582. **AMILOFAGIE** (cf. gr. *amylon* „amidon, făină" ; *phagein* „a minca") ● Formă a aberaţiilor alimentare (pica), care constă în ingestia unor mari cantităţi de amidon (în cele mai diverse forme de prezentare, din care nu se exclud scrobeala, soluţiile de lipit etc.). Se asociază, după W. GREEN (1985), cu grave anemii marţiale. Este mai frecventă la unii oligofreni care au contact cu industria amidonului.

583. **AMIMIE** (cf. gr. *a-* ; *mimia* „imitaţie") ● Modificare a mimicii, ca formă de comunicare nonverbală, susţinută de factori emoţionali şi ideativi. Modificarea patologică a mimicii interesează intensitatea expresiei ei şi constă în diminuarea mobilităţii şi expresivităţii acesteia pînă la imobilitate. Întrucit mimica cuprinde ansamblul modificărilor fizionomiei, corespunzătoare atitudinilor şi gesturilor subiectului, în amimie mimica nu mai poate fi utilizată adecvat, în raport cu ideea pe care subiectul vrea s-o exprime. Aspectul motor al amimiei constă în incapacitatea subiectului de a imita expresiile faciale şi gesturile celorlalţi sau în reproducerea necorespunzătoare a propriilor gînduri şi sentimente. Există şi un aspect senzitiv sau perceptiv al amimiei, în care gesturile celorlalţi nu sînt înţelese sau sînt înţelese greşit. Întîlnită mai puţin frecvent, dar avînd o semnificaţie majoră în sindromul catatonic, această tulburare constă în inexpresivitatea faciesului, cu privire în gol, expresia împietrită semnificînd autismul. În stupoarea melancolică, faciesul este împietrit în durere, cu omega melancolic. În sindromul de impregnare neuroleptică, amimia este însoţită de alte fenomene, ca plafonarea privirii, protruzia limbii etc.

584. **AMINE BIOGENE** (fr. *amine* ; cf. gr. *bios* „viaţă" ; *gennan* „a naşte") ● Din punct de vedere chimic sînt derivaţi organici de amoniac, în care atomii de hidrogen sînt înlocuiţi prin radicali organici. Aminele biogene, numite şi proteinogene, sînt substanţe aminice care rezultă din reacţia de decarboxilare a α-aminoacizilor. Din această grupă de substanţe fac parte : putresceina, cadaverina, tiramina, histamina şi serotonina. Ultimele două sînt implicate în activitatea sistemului nervos central. Serotonina face parte din grupul de neurotransmiţători, iar histamina are efecte vasomotorii.

585. **AMINE HIPOTALAMICE** ● Hipotalamusul conţine concentraţii crescute de noradrenalină şi 5-hidroxi-triptamină, a căror intervenţie în termoreglare a fost sugerată de date experimentale. Astfel, 5-hidroxitriptamina, injectată în ventriculul lateral la pisică, determină o creştere a temperaturii, în timp ce noradrenalina are efecte inverse. Efecte similare se pot observa la ciine şi maimuţă, în timp ce la iepure rezultatele sînt contrarii : noradrenalina creşte temperatura, în timp ce 5-hidroxi-triptamina o scade.

586. **AMINE PSIHOTONE** (cf. gr. *psyche* „suflet" ; *tonos* „energie") ● Grup de substanţe cu structură chimică de tip amină, aparţinînd clasei nooanalepticelor (DENIKER), cu efect de stimulare a vigilenţei sau psihoenergizant, avînd drept reprezentanţi principali amfetamina şi derivaţii săi. În literatura de specialitate, termenul de amine psihotone (psihamine) se confundă practic cu cel de amfetamine, deşi există şi substanţe care sînt similare farmacologic amfetaminei, dar sînt diferite chimic de aceasta (metilfenidatul). În acelaşi timp, efedrina, deşi este şi ea o amină simpatomimetică (cu discrete proprietăţi psihostimulente), nu este menţionată ca psihoton, din cauza acţiunilor ei predominant periferice.

Problema aminelor psihotone a suscitat mai puţin discuţii legate de utilizarea lor în clinică (ca psihostimulente sau ca anorexigene) ; mai viu discutate au fost aspectele de „doping", care s-au ivit în perioada celui de al doilea război mondial, cînd asemenea substanţe intrau în pregătirea soldaţilor pentru luptă sau, ulterior, în cazul unor competiţii sportive. Accesul relativ facil la aceste medicamente în ţările occidentale, în vederea înlăturării oboselii provocate de stress-ul cotidian sau al impunerii unei greutăţi corporale „la modă", a constituit şi ocazia prin care psihofarmacologia a ajuns să cunoască un nou tip de intoxicaţie, cu toate avatarurile sale.

Fiind structurate chimic după modelul adrenalinei, acţiunea psihaminelor determină creş-

terea eliberării catecolaminelor, stocate în formă inactivă, din veziculele juxtasinaptice (AXELROD, BURN, RAUD). Se discută, de asemenea, despre un mod direct de acţiune asupra receptorilor catecolaminici, ca şi despre inhibiţia activităţii unor enzime ca dopaminoxidaza şi monoaminoxidaza (GOLDSTEIN). Pe aceste căi, toate aminele psihotone stimulează sistemul reticulat ascendent.

Studiul farmacodinamic pe animale a stabilit o serie de proprietăţi:

- determină o stimulare a motricităţii pînă la agitaţie şi hipermotilitate (mişcare fără deplasare);
- cresc tensiunea emoţională (animalul prezintă „reacţia de alarmă" clasică, manifestată prin nelinişte, agresivitate, ca şi cum l-ar aştepta un pericol imediat);
- facilitează învăţarea, astfel încît condiţionarea se poate face mult mai uşor, iar memorizarea este excepţională;
- sub influenţa psihotonelor, animalul devine sensibil la stimuli secundari;
- scad nevoia de somn şi antagonizează hipnoticele;
- au un efect antireserpinic;
- antagonizează efectele depresoare şi cataleptizante ale fenotiazinelor şi antihistaminicelor;
- au o acţiune anorexigenă;
- au acţiune simpatomimetică asupra sistemului cardiovascular;
- au efect bulbar analeptic respirator şi bronhodilatator.

DELAY şi PICHOT au studiat efectele psihotrope ale aminelor psihotone şi au comunicat cîteva observaţii interesante: ingestia orală de amfetamine declanşează o stare euforică, o creştere a dorinţei de acţiune, asemănătoare unei stări hipomaniacale. Creează nu numai impresia de luciditate, dar determină şi creşterea capacităţii de concentrare, uşurinţa de a lucra (obiectivată de altfel, psihometric de PICHOT şi PERSE), precum şi creşterea acuităţii senzoriale. Consumatorul de amine psihotone lucrează repede şi cu precizie (spre deosebire de cocainoman, căruia îi dispare precizia), dar după o perioadă de randament crescut apar erori şi neglijenţe, rezultate fie din euforia care conduce la pierderea controlului, fie din supradozaj, care este, de regulă, inevitabil. Nevoia de somn şi de hrană este scăzută. Nedormind şi nemîncînd, în final se instalează epuizarea, acompaniată de depresie, hipotensiune arterială, astenie marcată şi un cortegiu de tulburări hipnice.

Aceste manifestări, alături de semne somatice însoţitoare (hipertermie, hiperhidroză, tahicardie, tremor al extremităţilor) şi de posibile iluzii vizuale sau auditive, reprezintă etapa intoxicaţiei acute cu amine psihotone. În ceea ce priveşte intoxicaţia cronică, ALLIEZ descrie următoarele etape:

- Faza intoxicaţiei pasagere, cu doze mici, reversibilă în cîteva zile prin tranchilizante şi hipnotice, constînd dintr-o scurtă stare depresivă, anxietate şi surescitare.
- Dozele mari luate timp de cîteva săptămîni conduc la apariţia unei simptomatologii maniacale, cu mare agresivitate, care cedează la neuroleptice sedative de tip Clorpromazin şi Levomepromazin. Dozele în jur de 800 mg/zi determină apariţia stărilor confuzionale halucinator-delirante, al căror prognostic este acelaşi ca şi al psihozelor acute clasice.

Observaţiile asupra intoxicaţiei cronice cu amine psihotone au fost făcute în ultimele patru decenii (STAEHELIN şi SPEER, 1944; BINDER, 1945) subliniindu-se, pe de o parte, mecanismul de amplificare a simptomatologiei psihotice la schizofrenii remişi care abuzau de amfetamine şi, pe de altă parte, tulburările de afectivitate şi comportament, implicînd neglijarea aspectelor etico-morale şi intrarea în delincvenţă la subiecţii tineri ce recurg la dopaj.

Începînd cu ultimul deceniu, s-a putut beneficia de descoperirea unui antidot pentru cazurile de supradozaj sau toxicomanie: Methysergide, antagonistul serotoninei (TICE şi SPOONER, 1970).

Nu trebuie uitat însă că, pe lîngă pericolul toxicomaniei, supradozajul creează şi posibilitatea unor accidente cu urmări severe; prezentăm, în acest sens, după SCHULTE, date comparative privind dozele active şi cele letale ale cîtorva amine sintetice (Tabelul X).

Aminele psihotone intră totuşi în compoziţia cîtorva produse medicamentoase complexe (asocieri medicamentoase) care le măresc aria indicaţiilor: asocieri psihotone (DOPAMINA[M], KINORTIM[M], MAXITON[M]); asocieri antialgice (CORIDRAME[M]); asocieri antiepileptice.

Tabloul comparativ privind acţiunea cîtorva amine psihotone este prezentat în Tabelul XI.

Cu toate aceste riscuri, avînd în vedere şi efectul lor terapeutic benefic, există în uzul curent numeroase medicamente avînd drept principiu activ aminele simpaticomimetice →

Tabel nr. X

Nume	Ced mai mică doză activă (mg/kgc)	Cea mai mică doză letală (mg/kgc)
Amfetamina	0,25	10
Dexamfetamina	0,125	10
Feniletilamina	80	160
Mefentermine	8	128
Metilamfetamina	0,25	8

Tabel nr. XI

Substanța	Acțiune psihostimulentă	Efect anorexigen
Califan	+++	+++
Clorphentermin	+	++
Dexamfetamina	++++	++++
Etilamfetamina	++	+++
Exazimedrina	+++	+++
Phacetoperan	+++	+
Phentermin	+++	+++

AMFETAMINE, DEXAMFETAMINE, FENIL-ETILAMINE, ETILAMFETAMINE, MITILAM-FETAMINE etc.

Astfel, în psihiatrie, aminele psihotone continuă să fie indicate în următoarele situații: stări de hipo- și abulie (se vor asocia întotdeauna cu anxiolitice), astenie marcată, sindromul hiperkinetic la copii (fond microsechelar), narcolepsia, cataplexia. Nu există încă suficiente date care să ateste utilitatea folosirii acestor substanțe în cazul depresiei.

J. DELAY introduce noțiunea de „șoc amfetaminic" — administrarea i.v. a 20—30 miligrame, în scop diagnostic și atunci cînd devine necesară întreruperea unui negativism schizofrenic sau spargerea blocadei pitiatice. Injectarea rapidă a metilamfetaminei determină o descătușare emoțională cu logoree, relevarea simpatomatologiei delirante încapsulate, facilitînd contactul psihoterapeutic.

587. AMINOACIZI (AA) — sin. ACIZI AMINAȚI ● Substanțe organice care constituie elementele de bază din structura proteinelor. În structura lor moleculară intră atît gruparea carboxilică (—COOH), cît și cea aminică ($-NH_2$). Clasificarea aminoacizilor se poate face după numeroase criterii, unul dintre cele mai importante fiind biosinteza acestor substanțe. Astfel, o parte dintre AA pot fi sintetizați în organism, în timp ce o altă parte — denumiți AA esențiali — nu pot fi asigurați organismului de procesele metabolice. Datorită acestui fapt, este indispensabilă prezența următorilor AA în alimentație: histidina, lizina, triptofanul, fenil-alanina, cisteina, metionina, treonina, leucina, izoleucina și valina.

Alături de AA esențiali, în structura proteinelor mai intră și alanina, prolina, glicocolul, serina, tirozina, asparagina, glutamina, acidul aspartic, acidul glutamic, arginina, precum și AA derivați din aceștia, care se află în cantitate mică în anumite proteine, specializate prin funcțiile pe care le îndeplinesc.

Din punct de vedere biochimic, un interes deosebit îl prezintă: sarcozina și betaina, care provin din metilarea glicocolului; β-alanina din structura unor dipeptide importante biologic (cernozina și anserina), precum și din

structura coenzimei A şi a acidului pantotenic (vitamină din complexul B) ; GABA (acidul gamaaminobutiric) — cu roluri importante, metabolic şi funcţional, la nivelul ţesutului cerebral ; ornitina şi citrulina, implicate în biosinteza hepatică de uree.

AA din organism au surse de provenienţă diferite :

- alimentară (AA esenţiali) ;
- sinteze metabolice (AA neesenţiali) ;
- dislocarea proteinelor proprii în cadrul proceselor de reînnoire metabolică a acestora.

AA proveniţi din toate aceste resurse se constituie într-un fond metabolic comun, în cadrul căruia echilibrul intrărilor şi ieşirilor contribuie la echilibrul azotat al organismului.

În afara funcţiei principale de a participa la sinteza moleculelor proteice, AA iau parte la numeroase reacţii de biosinteză, pentru care furnizează fie gruparea aminică, fie gruparea carboxilică şi, de asemenea, în anumite condiţii, pot constitui surse de energie.

Variaţiile patologice ale nivelului plasmatic al AA liberi sînt legate de erori metabolice înnăscute. Acestea stau la baza unor sindroame de mare severitate, asociate frecvent cu debilitate mintală, şi sînt incompatibile cu viaţa. La nivelul sistemului nervos central, AA se află în cantităţi apreciabile atît sub formă liberă, cît şi sub formă de structuri proteice complexe. Noile concepţii privind mecanismele neurotransmiterii la nivel de sistem nervos central includ numeroşi AA în categoria mediatorilor chimici. Astfel, au fost identificaţi AA al căror rol la nivelul neuromediaţiei este excitator (acid glutamic, aspartic, cisteic, homocisteic), precum şi AA cu rol inhibitor (GABA, glicina, taurina, beta-alanina).

588. AMINOPROMAZINE(DCI) • Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină) de tip 10-/2,3-bis(dimetilamino)propil/fenotiazină, cu acţiune neuroleptic-sedativă şi antihistaminică ; constituie principiul activ pentru doi produşi farmaceutici :

LISPAMOL(M) Franţa
LORUSIL(M) R.F.G.

589. AMINOREX(DCI) • Derivat oxazolic aminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolină, cu acţiune psihostimulentă şi efecte simpaticomimetice practic nule ; constituie principiu terapeutic activ pentru doi produşi farmaceutici :

APIQUEL(M) S.U.A.
MENOCIL(M) Elveţia, R.F.G.

590. AMINTIRE (cf. lat. *ad-* ; *mens* „minte") • „Reactualizare prin reproducere a unor fapte memorate, evocate, destocate. Intervine spontan, asociativ sau prin explorarea intenţională şi sistematică a structurilor memoriei" P. POPESCU — NEVEANU — Dicţionar de psihologie).

În psihiatrie, se conferă o semnificaţie psihopatologică AMINTIRILOR OBSESIVE →. În psihanaliză, apare noţiunea de AMINTIRE ECRAN →.

591. AMINTIRE ECRAN • Amintire în aparenţă fără importanţă, dar relatată de subiect cu mare claritate şi precizie ; este o formaţiune de compromis care maschează fantasmele inconştiente. În opoziţie cu conţinutul neimportant, semnificaţia amintirii ecran este foarte mare, ea cuprinzînd (în concepţia lui FREUD) tot esenţialul vieţii infantile. ADLER atribuie semnificaţii primelor amintiri din anii copilăriei şi le dă valoare instrumentală în tehnica psihoterapeutică ce îi poartă numele. Astfel, amintirile legate de mamă reflectă raporturile subiectului cu mediul său familial ; pericolele, accidentele sau pedepsele reprezintă elemente ostile din viaţă ; naşterea unui alt copil semnifică situaţia de copil „detronat" din supremaţia sa ; boala sau moartea denotă interesul subiectului pentru astfel de pericole şi dorinţa de a le depăşi.

592. AMINTIRE OBSESIVĂ • Reprezintă obsesii ideative, referindu-se deci la o tulburare globală a gîndirii, a valorizării judecăţilor şi raţionamentelor. Aceste obsesii sînt constituite din trăiri, de obicei, cu caracter neplăcut, jenant, penibil pentru subiect, care invadează gîndirea în mod repetat, avînd un răsunet afectiv negativ, deşi sînt dezactualizate. Pot apărea şi la subiecţii normali aflaţi în stare de oboseală : o melodie, o frază sau un cuvînt, odată auzite, se fixează în memorie şi revin mereu ca amintire obsesivă, căpătînd caracter persistent şi bruind activitatea psihică normală. Ele pot dispărea în cîteva zile sau în cîteva săptămîni. În patologie, se întîlnesc în sindromul obsesivo-fobic din : nevroza obsesivo-fobică, decompensările personalităţilor psihastenice, debutul psihasteniform al schizofreniei, psihoza maniaco-depresivă uni- sau bipolară, intoxicaţiile acute, encefalita epidemică, epilepsie.

593. AMIOSTATICA criză — sin. CRIZA AKINETICA DOOSE ; CRIZA STATICA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PETIT MAL AKINETIC.

594. AMIOTONIE CONGENITALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OPPENHEIM(B) boală.

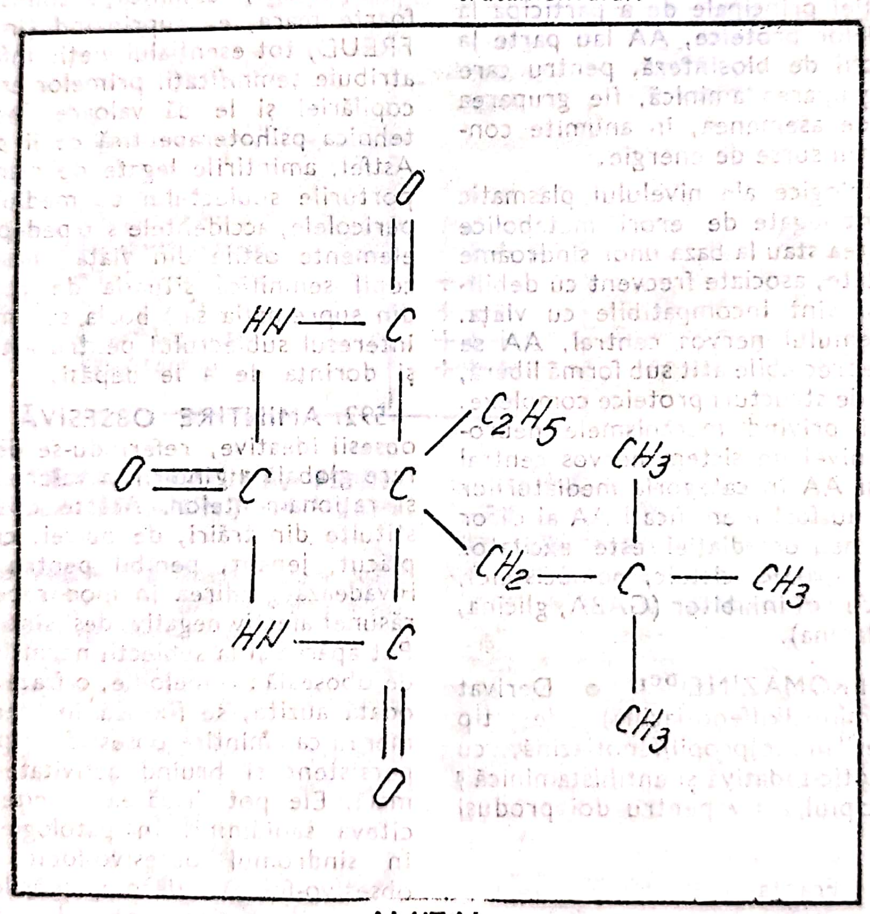
595. AMIPERM(MC) Anglia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează :
- ● AMITRIPTILINA(M) — timoleptic ;
- ● FLUFENAZINA(M) — neuroleptic sedativ.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

596. AMIPHAN(M) Japonia — DCI *Triptofan* ● Psihotrop cu structură L (—) triptofan, cu acțiune antidepresivă moderată și sedativ-hipnotică bună. Nu are practic efecte secundare și are o singură contraindicație — insuficiența hepatică.

597. AMIPRIN(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA(M) România.

601. AMITACON(M) Ungaria — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Sînt importante acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.



AMITAL

598. AMIPROL NYCAPS(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

599. AMIPTANOL(M) Japonia sin. AMITRIPTILINA(M) România.

600. AMISAL(M) Franța — DCI *Alimemazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil) fenotiazină, cu acțiune : anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențînd însă reflexele conducătorilor auto. Indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, util în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

602. AMITAL ● Produs barbituric obținut după 1935, cînd gama largă a medicamentelor sintetizate, pornind de la acidul barbituric, a permis utilizarea lor diferențiată în clinica medicală (anestezie, psihiatrie, neurologie etc.). Substanța chimică se numește amobarbital, și este combinată, de obicei, cu săruri de sodiu, produsele fiind cunoscute sub denumirea co-

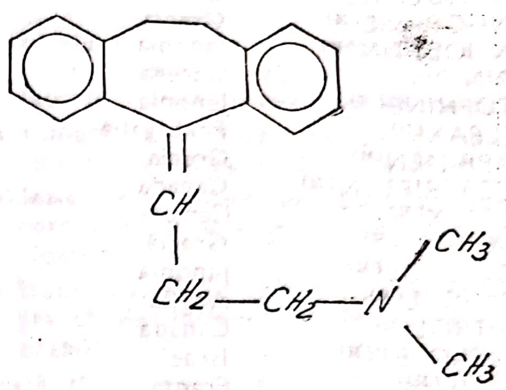
mercială de AMITAL SODIC(M), EUNOCTAL(M), BINOCTAL(M) (amobarbital + secobarbital) ; se prezintă sub formă de soluţie injectabilă i.v., în concentraţie de 2—3%, sau sub formă de comprimate ; preparatul românesc este DORMITALUL(M). Durata acţiunii este intre scurtă şi medie (5—6 ore), instalarea producindu-se în 30 minute (în asociaţia realizată prin produsul BINOCTAL, se produce în 20 minute). Soluţia de amital sodic 2—3% se injectează i.v. lent (atenţie la difuzarea paravenoasă, care poate genera necroze tisulare datorită alcalinităţii sărurilor de sodiu) şi este preferată, în psihiatrie, altor barbiturice pentru efectul dezinhibant şi euforizant pe care-l realizează. Se foloseşte în : subnarcoza barbiturică de investigaţie şi psihoterapeutică ;

- ca sedativ (± neuroleptice sedative) în stările de agitaţie psihomotorie ;
- corector (± antiparkinsoniene, antihistaminice, vitamina B_6, neuroleptice sedative) în crizele diskinetice acute, secundare terapiei cu neuroleptice incisive ;
- în terapia prin somn prelungit.

O atenţie aparte o merită incompatibilitatea pe care o realizează cu alte substanţe medicamentoase, administrate în soluţii i.v. concomitent cu amitalul sodic : cefalotina, codeina, hidrocortizon (hemisuccinat), hidroxizina, insulina, streptomicina, tetraciclina, vancomicina. Amobarbitalul sodic are o largă întrebuinţare ca : hipnotic, pentru inducerea somnului şi în preanestezie ; sedativ, în stările de excitaţie psihomotorie. Unii autori au obţinut rezultate bune folosind metoda dezinhibiţiei orale prin administrarea unei doze unice orale de 400—600 miligrame. Există riscul dependenţei, deci nu se recomandă întreruperea bruscă a tratamentului, putind apărea fenomene de sevraj.

603. **AMITREN**(M) Belgia — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică ⟶ AMFETAMINE(DCI)

604. **AMITRIPTILINĂ**(M) România
AMITRIPTILINE(DCI) ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic, de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/-cicloheptene- $\Delta^{5,\gamma}$ -propilamină, cu o structură chimică asemănătoare tioxantenelor, cu efecte antidepresive şi anxiolitice certe şi valenţe anticolinergice, antihistaminice şi antiserotoninice.
Are, de asemenea, efecte sedativ-hipnotice, spre deosebire de imipramină, cu ale cărei efecte antidepresive este comparată. Indicată în accesele depresive (psihoza maniaco-depresivă), depresii de involuţie, depresii reactive şi depresii nevrotice ; contraindicaţii : intoleranţa faţă de antidepresivele triciclice, sub 15 zile de la un tratament IMAO, postinfarct miocardic



(4—8 săptămini), copii sub 10—12 ani, psihoze — forme delirante, epilepsie ; nu are contraindicaţii ferme în cazul glaucomului sau al adenomului de prostată — necesită numai precauţii şi control. Prezintă unele reacţii adverse : uscarea mucoasei bucale, constipaţie, vertij, greaţă, somnolenţă, hipotensiune — efecte ce trebuie doar combătute, fără a se renunţa, în nici un caz, la continuarea tratamentului ; uneori, pot apărea convulsii, confuzie, dizartrie. Constituie principiul activ pentru numeroşi produşi farmaceutici.

Cei mai bine cunoscuţi sînt :

- LAROXYL(M) Belgia, Elveţia, Franţa, R.F.G. Italia, Turcia ;
- SAROTEN(M) Anglia, Austria, Danemarca, Finlanda, Grecia, Irlanda, Iugoslavia, R.F.G., Suedia ;
- TRYPTIZOL(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveţia, Grecia, Finlanda, Iugoslavia, Olanda, Spania, Suedia.

Se mai intilnesc şi sub numele :

ADEPRESS(M)	Japonia
ADEPRIL(M)	Italia
ADT(M)	Portugalia
AMAVIL(M)	S.U.A.
AMI-ANELUN(M)	Spania
AMIPRIN(M)	Japonia
AMITID(M)	S.U.A.
AMITRIL(M)	S.U.A.
AMITRIF(M)	Australia

AMITRIPTOL(M)	Italia
AMITRIPTYLIN(M)	Cehoslovacia
AMITRIPTYLINE(M)	Grecia
AMITRIPTYLINUM(M)	Polonia
AMIZOL(M)	Anglia
ANAPSIQUE(M)	Mexic
ANCHOLIBRE(M)	Grecia
ANGOPASSE(M)	Grecia
ANNOLYTIN(M)	Japonia
ARIN(M)	Coreea
ATOPHINE(M)	Japonia
BELPAX(M)	Portugalia
DAPRIMEN(M)	Grecia
DECATRIPTYN(M)	Canada
DEPREX(M)	Canada
DIATRASE(M)	Grecia
DOLSEDOL(M)	Japonia
DOMICAL(M)	Anglia
ELATROL(M)	Canada
ELATROLET(M)	Israel
ELAVIL(M)	Franța
ELEGEN(M)	S.U.A.
KYLIRAN(M)	Grecia
LANTRON(M)	Japonia
LAROXAL(M)	S.U.A.
LAROZYL(M)	Suedia
LENTIZOL(M)	Anglia
LEVATE(M)	Canada
LOXARYL(M)	R.F.G.
MARELINE(M)	Canada
MAXIVALET(M)	Grecia
MELAPRAMINE(M)	Japonia
MERAVIL(M)	Canada
MITAPTYLINE(M)	Japonia
NORMALN(M)	Japonia
NOVOTRIPTYN(M)	Canada
OASIL-M(M)	Grecia
POLYSAL(M)	Grecia
REDOMEX(M)	Belgia
ROLAVIL(M)	S.U.A.
SAROTENA(M)	India
SAROTEX(M)	Olanda
SCHUVEL(M)	Japonia
SK-AMITRIPTYLINE(M)	S.U.A.
STELMINAL(M)	Grecia
TEPERIN(M)	Ungaria
TORYDANOL(M)	Coreea
TRIPTILIN(M)	Turcia
TRIPTIZOL(M)	Italia
TRIPTYL(M)	Finlanda
TRYPTACAP(M)	S.U.A.
TRYPTAL(M)	Israel
UXEN(M)	Argentina

→ TIMOLEPTICE.

605. AMITRIPTILINOXIDE(DCI) ● Derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/ciclo-heptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină N-oxid, cu acțiune antidepresivă medie și anxiolitică. Nu se administrează concomitent cu IMAO. Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici :

AMBIVALON(M)	Elveția
EQUILIBRIN(M)	R.F.G.

606. AMIXIE (cf. gr. *a-* + *mixis* „amestec") ● Restricție impusă în unele colectivități, constînd în obligația membrilor de a contracta căsătorii cu indivizi din aceeași castă, rasă, religie etc., în virtutea ideii apărării grupului de pericolul „degenerării".

607. AMIZEPIN(M) Polonia — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b, f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

608. AMIZIL(M) U.R.S.S. — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util să se cunoască acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

609. AMIZOL(M) Anglia ● Antidepresiv timoleptic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA(M) România.

610. AMNEZIE (cf. gr. *amnesia* „uitare") ● Incapacitatea totală sau parțială a unei persoane de a-și aminti trecutul pentru o perioadă variabilă de timp, respectiv pierderea totală sau parțială a funcției de evocare și fixare a memoriei.

Termenul a fost introdus de RIBOT (1882), care o considera o stare de regresiune. Trebuie diferențiată de fenomenul uitării, care face parte din normalitate, facilitînd selecția impusă de reținerea eficientă a informațiilor. În condiții fiziologice, diminuarea fixării sau evocării amintirilor este favorizată de oboseală, dezinteres, lipsa unui antrenament corespunzător învățării, starea afectivă de moment, vîrsta înaintată. De altfel, funcțiile mnezice urmează o curbă ascendentă în primii 10—15 ani de viață, coborînd apoi, odată cu înaintarea în vîrstă. Evenimentele petrecute în primii cinci ani de viață sînt uitate, în mod normal, de majoritatea oamenilor (amnezii infantile afecto-

Scanned with OKEN Scanner

gene), dar dacă fenomenul are loc după împlinirea vîrstei de 15—16 ani, poate fi considerat ca avînd o semnificaţie patologică.

Aspectele clinice ale psihosindromului amnestic sînt descrise pentru prima dată pe larg de KORSAKOV (pornind de la reacţiile exogene ale lui BONHOEFFER), fiind completate de referirile lui KRAFFT-EBING şi TILLING asupra amneziilor instalate după traumatisme craniocerebrale. ZEH, von HAASE, ADAMS au adus date noi şi au iniţiat metode de cercetare în amnezia de etiologie organică unde diagnosticul diferenţial între amnezie şi demenţă, de exemplu, implică destule dificultăţi.

Spre deosebire de amnezie, care reflectă o insuficienţă patologică a memoriei, termenul de dismnezie se referă la situaţia în care evocarea amintirilor se face imperfect, dar nu este complet imposibilă.

În vederea uşurării descrierii, vom aborda amnezia sub raportul sindromologic al amneziei organice şi psihogene, deşi majoritatea amneziilor ce survin consecutiv unei afecţiuni cerebrale au, în realitate, un caracter mixt, evocarea fiind condiţionată atît de tulburările organice cerebrale, cît şi de factorii emoţionali.

● *Sindromul amnezic organic* se caracterizează prin : prezenţa unui factor organic determinant cunoscut, absenţa unei tulburări de conştiinţă sau a unei deteriorări psihice anterioare. Există descrieri ale unei amnezii ca simptom unic (alăturată unui tablou neurologic), dar foarte rar, din cauză că, de fapt, niciodată bolile sistemului nervos central nu sînt „focalizate", ci au şi un grad de afectare difuză. Alte diagnostice care trebuie luate în consideraţie pentru diferenţierea unei amnezii sînt afazia, disfazia, dispraxia, agnozia vizuală şi prosopagnozia (imposibilitatea de a-şi recunoaşte trăsăturile feţii). Prezenţa elementului de dezorientare, considerată ca o dimensiune nespecifică a afectării cognitive, ridică imediat suspiciunea unei tulburări cerebrale generalizate. Din punct de vedere anatomo-clinic, leziunile cerebrale care antrenează un sindrom amnezic pot fi situate :

- la nivelul sistemului reticulat ascendent reglator al vigilenţei (amnezia din timpul şi de după o criză de epilepsie generalizată, consecutivă unui electroşoc, sau din timpul anesteziei generale) ;
- la nivelul diencefalului şi hipocampului, al sistemului limbic (ca în sindromul Korsakov) ;
- la nivelul cortexului, în leziunile frontale dau în tulburările cerebrale difuze.

Din punct de vedere etiologic, amnezia conferă fiecărei forme clinice în parte trăsături specifice, putînd fi diferenţiate în acest sens :

- encefalopatiile carenţiale (alcoolismul cronic ± sindrom Korsakov ± encefalopatia Gayet-Wernicke) ;
- encefalitele (survenite ca o complicaţie a febrei tifoide sau a parotiditei epidemice, meningoencefalita meningococică sau TBC, encefalita necrozantă herpetică);
- tumorile de la baza creierului (în special cele din regiunea ventriculului III) ;
- leziunile vasculare din teritoriul arterei coroidiene şi al arterei cerebrale posterioare ;
- traumatismele craniene (în funcţie de gradul de întindere a leziunilor cerebrale).

Există şi amnezii organice tranzitorii, întîlnite frecvent în encefalopatiile metabolice (hepatică, respiratorie, hipoglicemică), în intoxicaţiile acute (plumb, arsen, mangan, bromuri, bismut, barbiturice), în anoxiile cerebrale (intoxicaţiile cu oxid de carbon, stop cardiac tranzitor, accident de imersie sau de altitudine).

● *Sindromul amnezic psihogen* este definit prin imposibilitate bruscă în evocarea unor mari cantităţi de informaţii personale, în absenţa unui factor organic precipitant. Amnezia psihogenă poate fi globală (pentru toată durata vieţii), pe perioade lungi ale vieţii şi cu pierderea identităţii personale. Se deosebeşte de sindromul amnezic organic prin : absenţa tulburărilor de conştiinţă ; absenţa afectării funcţiilor cognitive ; tendinţa la remisiune spontană şi completă (zile, săptămîni). Numită şi afectivă (din cauza relaţiei directe cu o stare emoţională), amneziei psihogene i se descriu mai multe forme :

- electivă — uitarea unui nume, titlu, a unei adrese, a unor fapte banale sau chiar a unei anumite persoane, a unor situaţii traumatizante sau a unor anumite perioade din viaţă, de exemplu, copilăria ; mecanismul psihologic ar fi reprezentat de refularea unui context tematic frustrant pentru subiect, fiind specific fenomenelor isterice şi anumitor deliruri ; P. JANET le-a numit „amnezii sistematice" ;
- periodică — fuga psihogenă, cleptomania, personalitatea alternă, sindromul Ganser, pseudodemenţa, stări crepusculare — avînd mecanism disociativ isteric.

- postemoţională — uitarea amintirilor după ce subiectul a trecut printr-un şoc emoţional violent, printr-un stress, situaţie de abandon, doliu sau după un accident, agresiune sau cataclism. Tot aici amintim simulanţii amnezici, la care există dorinţa de a evita responsabilitatea faţă de acte ilegale sau pe care nu au interesul să şi le amintească.

Mecanismul de producere a amneziei psihogene rămîne încă ipotetic ; se pare că, în stările de tulburare emoţională profundă, ca şi în stările disociative isterice, imposibilitatea evocării voluntare a amintirilor se datorează unui „scurt-circuit" în aparatul memoriei (circuitul emoţional al lui Papez). La fel de ipotetice rămîn şi explicaţiile ce ar putea sta la baza „defectului" de memorie după şedinţele de terapie electroconvulsivantă, pentru amnezia din timpul tratamentului cu psihotrope în anumite doze.

În scopul uşurării diagnosticului diferenţial al celor două forme de sindrom amnezic, propunem următoarea schemă (Tabelul nr. XII).

Clasificarea amneziei poate fi abordată şi din alt punct de vedere şi anume al momentului în care a intervenit evenimentul declanşator, conferind un sens anterograd sau retrograd tulburării de memorie (RAUSCHBURG) ; (Tabelul nr. XIII)

Amnezia anterogradă (AA) este amnezia care progresează spre viitor, faptele vechi fiind conservate ; este deci o amnezie de fixare, o „amnezie de memorare sau de integrare" (J. DELAY). AA asociată cu un sindrom amnezic

Tabel nr. XII

Diagnostic diferenţial	*Sindrom amnezic organic*	*Sindrom amnezic psihogen*
Factor organic determinant	+	−
Factor psihogen determinant	±	+
Tablou neurologic	+	±
Tulburări de conştiinţă	+	− (excepţie fac amneziile disociative isterice)
Prezenţă constantă a amneziei	+	−
Remisiune spontană şi completă	−	+

Tabel nr. XIII

Tipul amneziei	*Memoria prezentului FIXAREA*	*Memoria trecutului EVOCAREA*	*Tipul disocierii*
Anterogradă	(−) alterată	(+) conservată	alterarea fixării ; conservarea evocării
Retrogradă	(+) conservată	(−) alterată	conservarea fixării ; alterarea evocării

organic prezintă o caracteristică interesantă prin faptul că subiecții sînt în stare să învețe, dar nu pot să rețină ceea ce au învățat ; în schimb, subiecții cu amnezie funcțională vor întîmpina greutăți mai mult la învățare decît la evocare.

Amnezia retrogradă (AR), descrisă de JANET și OPPENHEIM, numită „pură" de către RUSSEL, SMITH ș.a., este amnezia „care merge înapoi", astfel încît o amintire care pînă atunci a fost bine conservată nu mai poate fi reconstituită ; este, așadar, o amnezie de evocare. AR asociată unui sindrom amnezic organic se caracterizează prin pierderea informațiilor din trecutul apropiat (după cum, de altfel, enunță și RIBOT în legile sale), împrejurările cele mai sugestive în acest sens fiind traumatismele craniocerebrale, în care amnezia durează cîteva secunde sau minute. Amnezia retrogradă organică este, în mod paradoxal, mai puțin severă decît AR funcțională (la care durata amneziei este mult mai mare). AR este comună sindromului confuzional, indiferent de etiologia sa, și episoadelor depresive melancoliforme inhibate. În realitate, după cum apreciau AZAM, CHARCOT și GARNIER, există o amnezie antero-retrogradă (o formă mixtă sau globală de amnezie), care este cel mai des întîlnită în practică. În acest sens, după opinia noastră, amnezia retrogradă se poate manifesta fie ca amnezie retrogradă localizată (amnezie lacunară), fie ca amnezie progresivă (amnezie retroanterogradă).

O mențiune aparte merită, credem, termenul de amnezie lacunară, descrisă de P. JANET drept amnezie sistematică, nedefinită clar nici de către alți autori de renume (BRIQUET, CHARCOT, SOLLIER, BLEULER) și considerată ca delimitînd/acoperind o perioadă în care stocarea nu s-a efectuat ; este echivalentă cu „găurile din memorie" survenite după un traumatism craniocerebral, un episod confuzional, o serie de ședințe electroconvulsivante, din sindromul Korsakov și din ictusul amnezic (eclipsa amnezică sau amnezia globală tranzitorie descrisă de autorii anglo-americani).

611. AMNEZIA GLOBALĂ TRANZITORIE IDIOPATICĂ — sin. ECLIPSA AMNEZICĂ sin.
→ ICTUS AMNEZIC

612. AMNEZIE INFANTILĂ ● Face parte din amneziile psihogene elective și se referă la perioada copilăriei, chiar cea mai precoce (imediat după naștere și pînă la 4—5 ani, cînd înregistrările mnezice nu sînt decît parțial conștiente iar unele fragmente de amintiri reprezintă „reconstituiri" imaginative din relatările martorilor). Considerată de FREUD ca produs al refulării, este adusă în planul conștiinței în timpul curei psihanalitice, cînd devine posibilă reamintirea unor evenimente din primii ani de viață.

613. AMNEZIE ISTERICĂ ● Se suprapune, în cea mai mare parte, cu amnezia psihogenă din terminologia autorilor americani ; a fost descrisă pentru prima dată de JANET în 1892, care îi atribuia patru forme :

- amnezia localizată (pe o durată de cîteva ore) ;
- amnezia generalizată (pe anumite perioade din viață) ;
- amnezia sistematizată (pentru evenimente specifice din trecut, ca, de exemplu, nașterea unui copil, cu reținerea perfectă a altor fapte simultane) ;
- amnezia continuă (subiectul uită fiecare nou eveniment care apare, deși starea conștiinței sale este clară și știe ce se petrece în jurul său).

Diagnosticul pozitiv poate fi afirmat pe următoarele elemente : amnezie biografică semnificativă, în absența unei afecțiuni organice cerebrale ; debut brusc ; de obicei, este localizată (deosebit de rar, generalizată) ; absența tulburărilor de conștiință ; însoțește sau nu fenomene somatice ; este în strînsă legătură cu trăsăturile personalității isterice ; inconstantă în conținut și expresie ; are evoluție de scurtă durată, cu remisie spontană (sub efectul sugestiei).

Poate constitui un accident unic în viața unui subiect sau poate marca traiectoria existențială a unei personalități isterice.

614. AMNEZIE PERIODICĂ RETROGRADĂ ● Sindrom de tip epileptiform, descris de BECHTEREV ca o complicație tardivă a unor leziuni organice cerebrale. Se manifestă sub forma unor crize de amnezie, foarte neplăcute pentru subiect, care pot cuprinde un interval de pînă la 24 de ore anterior crizei.

615. AMOK (cf. malaez. *amok* „nebunie furioasă") — sin. AMUK ● Psihoză acută reactivă, cu caracter exotic (descrisă în Malaezia, Indonezia și Laos), care constă într-un episod de agresivitate furibundă, cu uciderea nediscriminatorie de oameni și animale, sfîrșind cu automutilare sau sinucidere. Episodul apare în absența oricărui semn anterior de suferință psihică, survenind, în majoritatea cazurilor, la subiecți tineri și, foarte rar, în timpul puerperalității, și este urmat de amnezie lacunară, cu persistență reziduală a dorinței

Scanned with OKEN Scanner

de moarte. BERNARD și TROUVÉ (1977) vorbesc de „conduite agresive ceremonializate" în cadrul amokului, referindu-se la caracterul specific al reacției. MURPHY (1982) aproximează apariția unui astfel de sindrom sau, în orice caz, a unuia asemănător, și în alte medii culturale, dar într-o proporție extrem de redusă, practic accidental, pe cînd în Malaezia apare la cel puțin 1‰ din bărbații adulți. Proveniența bolnavilor de amok este, de cele mai multe ori, rurală, ei fiind recruți sau în căutarea unui angajament într-un oraș. Labilitatea emoțională, infantilismul, nervozitatea, încrederea excesivă în alții și timiditatea par să-i caracterizeze pe acești subiecți. În prezența unui factor psihogen receptat ca o insulă intolerabilă, se declanșează tabloul psihotic, care durează de obicei, ore, zile, și care, după MURPHY, ar exprima comportamental, o tradiție specifică ariei etnice respectivă, și anume aceea a eroului legendar care preferă o „moarte onorabilă" față de tolerarea unei ofense dezonorante. Omuciderile în serie și suicidul, final complementar, n-ar fi decît o soluție extremă, prin care individul și-ar dovedi lui și celorlalți faptul că nu este atît de neinsemnat pe cît pare. Dincolo de amprenta transculturală și de trăsăturile unei personalități narcisice, funcționează, probabil, în declanșarea acestei veritabile psihoze reactive, și mecanismele psihogeniilor descrise de K. SCHNEIDER. KRAEPELIN interpretează amokul ca pe o descărcare de tip epileptic.

616. AMOR (cf. lat. *amor* „iubire, dragoste") ● Zeul iubirii la romani, preluat după modelul grec a lui Eros, fiind considerat însă descendent al lui Jupiter și Venus ; i se atribuia rolul de a-i face să se îndrăgostească pe cei aleși și săgetați de el.

Termenul ca atare are o utilizare mai mult livrescă în română, cu nuanțe peiorative în limbajul comun. Cu toate acestea, întrucît traducerea sa (iubire) ar denatura oarecum semnificația acordată de teoria psihanalitică, îl definim aici în sensul dat de FREUD ca „relație a Eului cu sursele sale de plăceri" și ca apreciere a modului în care se structurează această relație din punct de vedere pulsional. Analiza iubirii din punct de vedere psihologic a dus la demistificarea sentimentului. „În ultimă instanță, omul nu se poate iubi decît pe el însuși ; a iubi pe altul echivalează cu a-l „integra în propriul Eu" (S. FERENCZI). A iubi este susceptibil să intre în trei opoziții : opoziția iubire-ură, căreia i se adaugă aceea de a iubi — a fi iubit și a urî — a iubi. Luate împreună se opun stării de indiferență" (S. FREUD — „Pulsiuni și destinele pulsiunilor").

Stadiile preliminare ale iubirii corespund stadiilor libidinale : oral — a devora, a incorpora obiectul, relația ambivalentă cu obiectul ;

Amor și Centaurul – Anonim sec. III–I î.e.n. Luvru

anal — a pune stăpînire pe obiect. Accesul la genitalitate ar trebui să elibereze relația cu obiectul de ambivalența stadiilor anterioare. După FREUD, ambivalența persistă, pe de o parte, datorită reminiscențelor sau fixațiilor de la stadiile anterioare pregenitale, iar pe de altă parte, datorită conflictului dintre pulsiunile Eului și pulsiunile sexuale.

„Despre obiectele care servesc conservării Eului nu se spune că le iubim, ci se insistă pe faptul că avem nevoie de ele... Cuvîntul a iubi se fixează, în final, pe obiectele sexuale în sensul strict și pe obiectele care satisfac nevoile și pulsiunile sexuale sublimate" (FREUD) → STADII LIBIDINALE, ANACLITIC, NARCISIC.

617. AMOR GENITAL ● Expresia aparține limbajului psihanalitic și desemnează acea formă de iubire pe care o persoană

Scanned with OKEN Scanner

o poate manifesta în condiţiile finalizării dezvoltării sale psihosexuale. Acest lucru presupune replierea complexului Oedip şi atingerea stadiului genital (organizarea libidoului sub primatul genitalităţii ; astfel organizată este sexualitatea la pubertate şi la vîrsta adultă, spre deosebire de sexualitatea infantilă, care, în concepţia psihanaliştilor, se leagă de zone erogene diverse, non-genitale şi se satisface prin relaţii obiectuale de alt tip decît relaţiile genitale). La FREUD nu apare expresia „iubire genitală" ; există însă la FREUD o idee care ar avea aceeaşi semnificaţie cu termenul „amor genital" ; această idee constă în faptul că sexualitatea, în forma ei încheiată, presupune „o atitudine normală" a alegerii în iubire, atitudine în care senzualitatea şi tandreţea fuzionează. Este caracteristic în clinica psihiatrică, în special la nevrotic, faptul că individul nu reuşeşte să dorească persoana pe care o iubeşte şi nu reuşeşte să iubească persoana pe care o doreşte (disjuncţia provine din aceea că a iubi presupune a idealiza, iar a dori se leagă de instinct, de atitudinea biologică de atracţie faţă de sexul opus, de stimularea biologică; la nevrotic nu există, după opinia psihanaliştilor, o integrare a pulsiunilor parţiale şi o subordonare genitală a tuturor zonelor erogene). Iubirea de tip genital, ca iubire a omului adult, a suportat ulterior implicaţii normative, de natură morală : respect pentru celălalt, dăruire, căsătoria ca finalizare ideală a relaţiei erotice. Expresia de iubire genitală, aşa cum este ea folosită în limbajul contemporan, a dat naştere la controverse, opunîndu-se de altfel concepţiei strict freudiene asupra sexualităţii.

618. AMOR PRIMAR • Expresia aparţine lui BALINT şi se referă la una din ideile de bază ale teoriei sale, aceea că, la naştere, fiinţa umană se află într-o fuziune aproape totală cu mediul său ; între copil şi mediu ar exista o relaţie originară intensă, de întrepătrundere. Pornind de la observaţii clinice asupra pacienţilor schizofreni într-un stadiu de regresiune accentuată, BALINT dezvoltă conceptul de amor primar pe care îl leagă şi de o abordare terapeutică : autorul consideră că starea de regresiune permite subiectului o restructurare, o reînnoire în cadrul căreia formele maligne de manifestare dispar. Practic, după BALINT, regresiunea ar favoriza reîntoarcerea la starea primară de fuziune individ-mediu, atît pe plan biologic cît şi pe plan libidinal ; această fuziune caracterizează individul la naştere, cînd nu există încă relaţie obiectuală.

Rembrandt

619. AMOR PROPRIU ● Sentimentul de demnitate personală și valoare proprie, care, fără să exagereze propriile calități și tendințe de autovalorizare, este, în anumite limite, firesc și necesar, cu rol homeostazic. Autorii de formație psihanalitică îl consideră, în unele cazuri, ca emanînd dintr-un profund sentiment de inferioritate. Persoanele cu amor propriu manifest dincolo de anumite limite, considerate normale, se preocupă excesiv de aprecierea și stima celorlalți, fiind adesea deosebit de susceptibile și iritabile, cu tendință la interpretativitate.

620. AMORALISM (fr. *amoralisme*). ● Concepție care se axează pe negarea fundamentului obiectiv al moralei, considerind valorile, principiile și normele etice drept modele convenționale de comportament social, învăluite în aura mistificatoare a unei autorități pretins atemporale și infailibile. Într-o dezvoltare mai atenuată, amoralismul înfierează doar falsa solemnitate a unor principii morale anacronice, golite de orice conținut, odată cu devenirea orizontului axiologic al unui context social dinamic — fără a pune însă sub semnul întrebării posibilitatea unei noi morale, pe potriva statutului dobîndit de spirit odată cu saltul calitativ al istoriei. În expresie radicală, amoralismul contestă, în principiu, autenticitatea oricărui temei obiectiv al moralei, pe care o descalifică odată cu orice ierarhizare valorică bazată pe criterii universale, instituind legitimitatea individualismului agresiv și arbitrar, proiectat spre o viziune extremist-relativistă asupra universului valoric. Exemplară pentru amoralismul radical este încercarea lui NIETZSCHE de a fundamenta o morală situată „dincolo de bine și de rău", în care eticul se subordonează vitalității, voința supra-omului fiind lege pentru masa amorfă a indivizilor lipsiți de aură charismatică.

În plan comportamental, amoralismul denotă absența discernămîntului moral, incapacitatea subiectului de a sesiza distincția dintre bine și rău, opacitatea față de ierarhizările valorice consacrate de societate (cazul oligofrenilor, demențelor și al episoadelor psihotice) — spre deosebire de imoralitate, care desemnează încălcarea conștientă a normelor etice, însoțită sau nu de sentimentul culpabilității (în toxicomanii și la unele personalități dizarmonice).

621. AMORF — tip de personalitate (cf. gr. *a-* ; *morphe* „formă") ● Definit de RIBOT drept „subiect fără marcă personală, fără trăsături frapante și al cărui caracter, fără unitate, este o permanentă reflectare a mediului".

Același tip de personalitate este definit, în tipologia lui HEYMANS, WIERSMA, De SENNE, BERGER, drept nonemotiv-nonactiv-primar, caracterizîndu-se prin lipsa de energie, toleranți datorită indiferenței, conciliere, lipsă de spirit întreprinzător ; puțin comunicativ, calm, reflexiv, indiferent. Valoarea dominantă este plăcerea. După opinia autorilor modelul tipic ar fi fost reprezentat de Ludovic al XV-lea.

622. AMORFOGNOZIE (cf. gr. *a-* ; *morphe* ; *gnosis* „cunoaștere") — sin. AGNOZIA EXTENSIVITĂȚII ● Imposibilitatea diferențierii tactile, fără participare vizuală, a formelor obiectelor examinate. Face parte, împreună cu ahilognozia, din grupul agnoziilor tactile (astereognoziile) → AGNOZIE, ASTEREOGNOZIE.

623. AMORFOSINTEZA (cf. gr. *a-* ; *morphe* „formă" ; *synthesis* „combinație") ● Termen introdus de DENNY-BROWN pentru a sublinia faptul că, în leziunile parietale, sinteza multiplelor date senzitivo-senzoriale, provenind de la nivelul unui hemicorp nu se mai realizează.

În acest context anozognozia nu va mai fi o tulburare gnozică, deoarece „bolnavul păstrează concepția intactă a imaginii corpului său" (HECAEN).

În viziunea lui DENNY-BROWN, sindromul Bálint este doar o amorfosinteză bilaterală, diferită de adevăratele fenomene agnozice, iar apraxia îmbrăcării este o apraxie kinetică de tip repulsiv, unilaterală, cu amorfosinteză. Reacțiile de evitare împiedică subiectul să adapteze îmbrăcămintea sa poziției membrelor sale.

624. AMORPHAN(M) R.F.G. — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

625. AMOROS(D) delir ● Tematică delirantă erotică, în care subiectul îmbogățește „povestea de dragoste" cu o serie de aventuri, rivalități, urmăriri, plîngeri. DIDE îi găsește similitudini cu „aventurile" prețioaselor ridi-

cole ale lui Molière. Întotdeauna, persoana „iubită" are o condiție socio-familială superioară subiectului și se bucură de un anume grad de publicitate (actori, profesori, medici, conducători politici etc.). Se intîlnește în bufeele delirante, manie, schizofrenie afectivă etc.

626. **AMOSENE(M)** S.U.A. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin.
→ MEPROBAMAT(M) România.

627. **AMOTIVAȚIONAL(S) sindrom** ● Grupaj de tulburări psihice care apar în intoxicația cronică cu derivați de Canabis Indica, constînd în scăderea nivelului de aspirație și a ambițiilor, descreșterea motivațiilor, apatie, diminuarea atenției spontane, fragmentarea gîndirii și vorbirii. Deși a fost descris de mulți autori (DUNN, COHEN etc.), alții (SASSENRATH, SHAFER) îi contestă însă existența.

628. **AMOTRIL(M)** Grecia — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetilcarbamat (ester), cu acțiune sedativ-anxiolitică ; contraindicații : miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

629. **AMOXAN(M)** Japonia — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11-(1-piperazinil)dibenz/b, f//1,4/oxazepină, cu acțiune antidepresivă, care se instalează rapid (absorbția 90 de minute, T1/2 = 30 h), și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo- și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post-infarct miocardic.

630. **AMP$_c$ (adenozinmonofosfat ciclic) — ADENILCICLAZA — sistemul** ● Adenilciclaza este o enzimă specifică, situată la nivelul membranelor celulare, sub a cărei acțiune are loc formarea de AMP ciclic din ATP (adenozintrifosfat). Activarea adenilciclazei se realizează sub influența a numeroși hormoni, a acțiunii catecolaminelor si serotoninei, și determină la rîndul ei ciclizarea AMP. Procesul de ciclizare activează sau inhibă procesele enzimatice intracelulare, avînd, la acest nivel, consecințe importante asupra unor reacții metabolice.

Sistemul adenilciclază-AMP$_c$ este implicat în transmiterea sinaptică. Neuromediatori ca noradrenalina și dopamina joacă rolul unui „mesager prim", care activează adenilciclaza. Consecința este creșterea concentrației intracelulare de AMP$_c$, care modifică permeabilitatea ionică a membranei celulare, acționînd ca mesager secund. Ionii de calciu, localizați intracelular, acționează ca al treilea mesager, indispensabil acestei reacții.

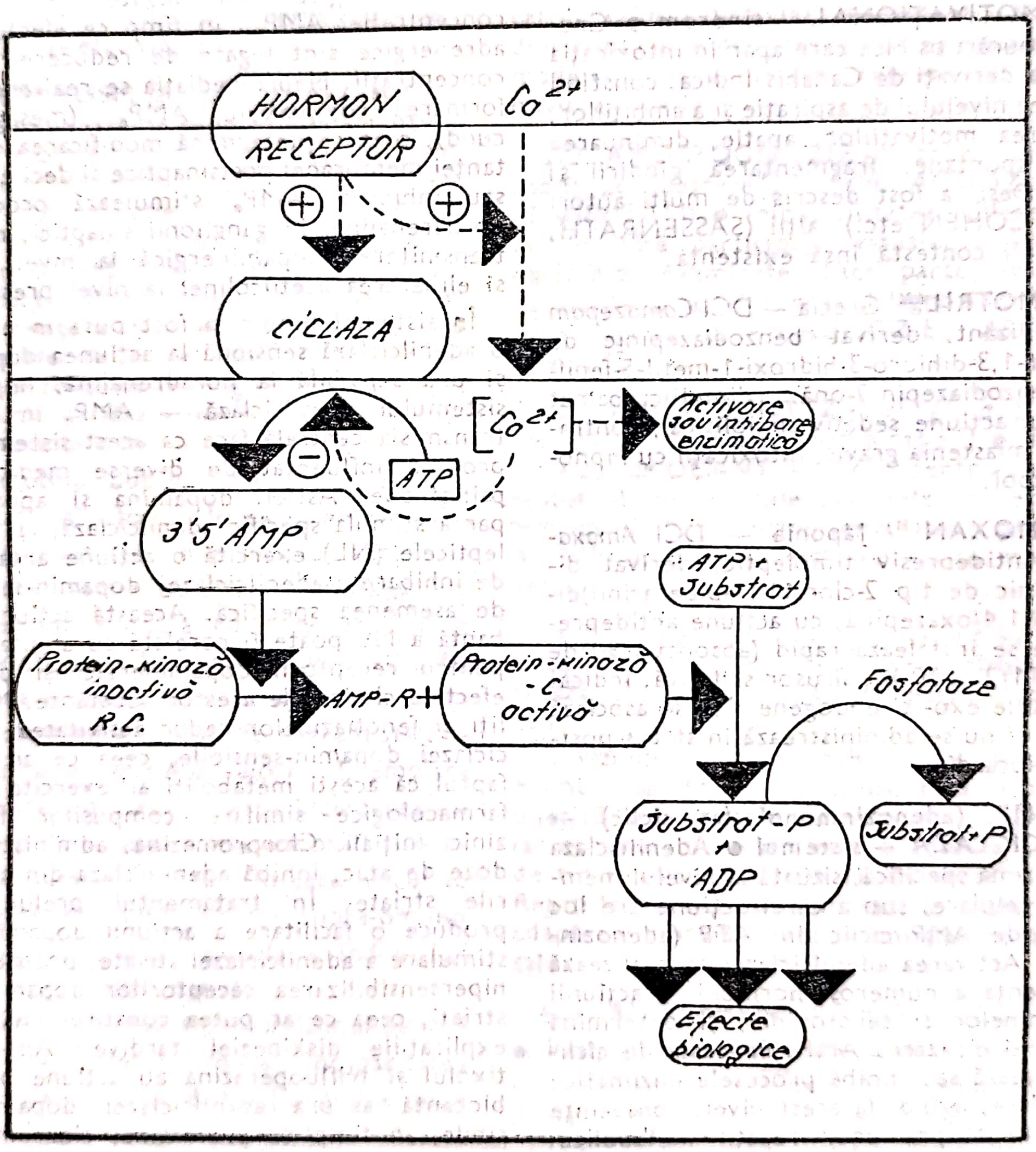
La nivel cerebral, AMP$_c$ stimulează activitatea sistemelor enzimatice, determinînd modificări ale unor procese comportamentale, în funcție de mediatorul chimic și de efectele lui asupra concentrației de AMP$_c$. Astfel, s-a constatat că receptorii alfa și beta sînt componente ale sistemului adenilciclazei, efectele beta-adrenergice fiind legate de creșterea concentrației AMP$_c$, în timp ce efectele alfa-adrenergice sînt legate de reducerea acestei concentrații. Neuromediația se realizează prin formarea complexului AMP$_c$ (mesager secund), ceea ce determină modificarea conductanței membranei postsinaptice și deci excitația sau inhibiția. AMP$_c$ stimulează producerea noradrenalinei în ganglionii sinaptici, mediază transmiterea dopaminergică la nivel central și eliberarea acetilcolinei la nivel presinaptic.

În sistemul limbic, a fost pusă în evidență o adenilciclază sensibilă la acțiunea dopaminei și una sensibilă la noradrenalină. Implicarea sistemului adenilciclază — AMP$_c$ în neurotransmisia centrală face ca acest sistem să fie profund influențat de diverse medicamente psihotrope. Astfel, dopamina și apomorfina par a stimula specific adenilciclaza, iar neurolepticele (NL) exercită o acțiune antagonistă de inhibare a adenilciclazei dopamin-sensibile, de asemenea specifică. Această acțiune inhibantă a NL poate fi corelată cu afinitatea lor pentru receptorii dopaminergici și deci cu efectele clinice ale acestor substanțe. Metaboliți ai fenotiazinelor reduc activitatea adenilciclazei dopamin-sensibile, ceea ce ar sugera faptul că acești metaboliți ar exercita acțiuni farmacologice similare compușilor fenotiazinici inițiali. Clorpromazina, administrată în doze de atac, inhibă adenilciclaza din structurile striate. În tratamentul prelungit, se produce o facilitare a acțiunii dopaminei de stimulare a adenilciclazei striate, probabil prin hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici striați, ceea ce ar putea constitui una dintre explicațiile diskineziei tardive. Alfa-flupentixolul și trifluoperazina au acțiune puternic blocantă asupra adenilciclazei dopamin-sensibile, în timp ce promazina, clozapina, tioridazina și clorpromazina influențează ambele sisteme adenilciclazice (MEYER), confirmîndu-se astfel ipoteza că activitatea antipsihotică este legată de acțiunea drogului asupra receptorilor dopaminergici. Tot acțiune de blocare a adenilciclazei dopamin-sensibile pare a avea și haloperidolul.

Scanned with OKEN Scanner

Interrelaţia sistemului adenilciclază-AMP$_c$ cu sistemul endocrin se realizează, de asemenea, prin intermediul celor trei mesageri: hormonul — mesager prin care se activează adenilciclaza; AMP$_c$ — mesager secund care influenţează procesele enzimatice intracelulare; ionii de calciu — al treilea mesager, care reglează conţinutul intracelular de AMP$_c$. Efectele variate intracelulare produse de hormoni se datoresc numeroaselor tipuri de adenilciclaze membranare, cu specificitate pentru un anumit hormon, precum şi profilului enzimatic specific al fiecărui tip de celulă efectoare. Interrelaţiile neuroendocrine, care au ca bază anatomică legătura hipotalamo-hipofizară şi sistemul simpato-adrenal, fac necesară o bună cunoaştere a implicării sistemului adenilciclază-AMP$_c$ în activitatea hormonală şi deci, indirect, în influenţarea unor procese psihice.

631. AMPHAETEX(M) Elveţia, AMPHETEX(M) S.U.A. — DCI *Dezamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină; amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.



Schema activării adenilciclazei

632. AMPHASUM(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică

Scanned with OKEN Scanner

sexuală ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

633. AMPHATE(M), AMPHEDRINE(M) S.U.A. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică → AMFETAMINE (DCI).

634. AMPHEDROXYN(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și cu același risc al dependenței.

635. AMPLIACTIL(M) Argentina, Brazilia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → sin. CLORDELAZIN(M) România.

636. AMPLIFICARE (cf. lat. *amplificare* „a mări, a spori") ● Atitudine de dezvoltare, lărgire, hipervalorizare a unor trăiri sau acuze corporale, pe care o manifestă unii subiecți în mod voluntar (suprasimulare) sau involuntar, constituind o modalitate de expresie a tulburărilor din sfera cognitiv-afectivă. Utilitarismul, încercarea de obținere a unor beneficii care caracterizează acțiunile unor persoane normale psihic sau ale unor personalități dizarmonice (isterice, de predilecție) devine lesne evidențiabil odată cu îmbogățirea experienței clinice a psihiatrului și cu analiza discriminativă a tuturor factorilor conjuncturali prezenți. Amplificarea unei situații materiale precare, a unei stări de boală, a prognosticului acesteia, a implicațiilor ei asupra celorlalți membri ai familiei (în special copii), urmărește, uneori, provocarea sentimentului de milă, în scopul înduioșării unor autorități sau dobîndirii unor avantaje.

Nevroticul, depășit de posibilitățile de reancorare într-o existență fermă și securizantă, „învață" uneori să-și manifeste trăirile într-un mod amplificat, care devine dificil de diferențiat de suprasimulare. Deși mai aproape de înțelegerea nemijlocită, prin legătura inteligibilă cu evenimentul psihotraumatizant, caracteristică apariției reacțiilor (nevrotice sau psihotice), amplificarea uneori teatrală pe care o realizează anumiți subiecți, după trăirea unor experiențe psihotraumatizante, își poate afla originea în trăsăturile cu caracter histrionic ale personalității lor sau în influențele apărute în mod paradoxal odată cu scurgerea timpului, în prezentarea retroactivă a evenimentelor. Aspectul amplificator, ca mecanism de compensare a unui deficit de cunoaștere, poate fi luat în discuție atunci cînd se caută compensarea cu resurse imaginative a golului de informații, datorat fie cunoștințelor insuficiente, fie interpretării lor neadecvate (intelecte liminale, debilitate mintală, demențe, stări psihopatoide organice). Paranoicii își amplifică delirul prin „alipirea" tuturor ideilor care vin în sprijinul lui, deși această tendință reprezintă un mecanism secundar în constituirea sistematizării delirante. Maniacalul, prin exuberanță și prin plusul de activitate care îl caracterizează, își construiește o orgă de sunete și lumini, care redă amplificat vibrațiile sale timice pe cele mai înalte game.

Referitor la interpretarea pe care JUNG o dă amplificării în sens psihanalitic, reținem trimiterile pe care le face dinspre imaginile visului spre mitologie, religie, folclor etc., în cursul metodelor de asociații dirijate și căutării de analogii.

637. AMPLITUDINE-EEG ● Caracteristică a fiecărui grafoelement electroencefalografic, reprezintă, în ansamblu, unul din principalii parametri ai traseului EEG. Este definită prin mărimea în milimetri convertită în microvolți (50 μV = 6 mm) a unei unde, măsurată între unghiul superior și cel inferior al deflexiunii. Modificările amplitudinii sînt reprezentate de creșterea, scăderea sau dispariția ei.

● *Amplitudine crescută* — traseu supravoltat datorită hiperexcitabilității, exprimate grafic sub forma unei activități crescute de tip vertical (150—200 μV). Creșterea amplitudinii apare într-o serie largă de circumstanțe patologice, care pot afecta unul sau altul din ritmurile fundamentale :

- ritmul alfa — în spasmofilie, personalități dizarmonice de tip excitabil, hipertensiune ;
- ritmul teta — tulburări de comportament, sechele de meningoencefalite ;
- ritmul delta — dizarmonii, imaturitate, spasmofilie, intercritic, în epilepsii majore, epilepsii psihomotorii, activări cu psihoanaleptice și tratament cu neuroleptice.

● *Amplitudine scăzută* (aplatizare) — se realizează grafic sub valori de 10 μV. Unui asemenea traseu i se pot descrie trei variante :

- traseu plat desincronizat — constă în înlocuirea undelor α cu β și revenirea la α la activare (anxietate, emoții, depresie) ;

Scanned with OKEN Scanner

- traseu plat adevărat — inlocuirea undei α cu β sau alte frecvențe rapide și nerevenirea la α la activare (cerebrastenie, arterioscleroză cerebrală, epilepsie intercritic, schizofrenie);
- traseu plat deprimat — inlocuirea lui α cu unde lente de mică amplitudine; reprezintă o expresie certă a suferinței cerebrale generalizate grave (stări comatoase și preagonice).

- *Amplitudine absentă* (silentium) — traseu cu aspect de linie izoelectrică, evidențiază absența activității bioelectrice; poate fi întîlnit generalizat sau localizat în următoarele circumstanțe patologice:
  - silentium electric generalizat ireversibil sau traseul nul, se întîlnește în coma depășită, iar persistența lui timp de cîteva ore echivalează cu „moartea creierului";
  - silentium electric generalizat reversibil, aplatizarea în toate derivațiile pentru un interval mai mare de 15 secunde; apare în cursul hipoxiei;
  - silentium electric focalizat, se înregistrează doar cu tehnici speciale (înregistrări monopolare, electrocorticografie) în cazul unor tumori sau în cazul hematoamelor subdurale care blochează transmiterea undelor spre electrod.

Deși reprezintă un element important al traseului electroencefalografic, doar amplitudinea singură nu poate aduce date certe pentru diagnostic.

638. **AMPROMAT**(M) Austria — DCI *Meprobamat* • Tranchilizant, derivat propandiolic → MEPROBAMAT(M) România.

639. **AMRIL**(M) S.U.A. • Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu aceeași acțiune sau acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din:
- RESERPINA(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia;
- MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic;
- MEPHENESINA(M) — neuroleptic, derivat benzamidic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

640. **AMSUSTAIN**(M) Anglia — DCI *Dexoamfetamină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină; amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

641. **AMTHAUER**(T) *test* • Test de inteligență imaginat de autor în 1953 și orientat, în special, asupra intelectului verbal, a capacității de calcul matematic, de memorie și de construcție spațială. Destinat persoanelor de vîrste cuprinse între 13 și 61 de ani, este compus din nouă subteste. Oferă și informații referitoare la comportamentul față de succesul în îndeplinirea unor sarcini, legate implicit de structurile de personalitate. A fost adaptat în mai multe țări, printre care și U.R.S.S.

642. **AMTRAN**(M) S.U.A. — DCI *Amfeclоral* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip *α-metil-N-(2,2,2-tricloretilidene)* fenetilamină, amină simpaticomimetică. Utilizarea repetată și în doze mari nu duce la creșterea randamentului, dar poate crea dependență.

643. **AMUZIE** (cf. gr. *amousos* „amuzical") • Suprimarea auzului tonal, muzical, în afara sau în cadrul unei surdități de origine centrală, prin afectarea bilaterală a lobilor temporali, frecvent întîlnită și în afazie. Amuzia a fost cunoscută prin date furnizate de studii asupra altor tulburări cerebrale, de altă natură, fiind menționată de STEINHALS, în 1871, și KNOBLAUCH, în 1888. Se referă la perturbarea limbajului muzical pînă la completa sa abolire. Pentru înțelegerea amuziei, reamintim că așa-numita „funcție" muzicală este rezultantă simțului ritmic (caracteristic fiecărui subiect), a simțului sunetului (perceperea intensității, duratei, timbrului și înălțimii unui sunet) și a aptitudinii de preschimbare a percepției muzicale într-o emoție. Se admite că, deși nu sînt superpozabile, audiția muzicală și audiția verbală sînt totuși două funcții juxtapuse. Unii dintre subiecții afazici studiați, muzicieni de profesie, prezentau intacte facultățile muzicale, iar alții, deși nu aveau tulburări de limbaj, aveau agnozie muzicală. HENSCHEL definește amuzia ca pierderea capacității de citire a notelor și de a cînta după note. Această modificare ar putea fi încadrată în grupul tulburărilor de percepție a ritmului, măsurii și tempoului, care diferă de surditatea tonală (lipsa discriminării tonurilor gamei) și de surditatea melodică (lipsa evocării melodiilor). În fapt, există diferențe între subiecți în ceea ce privește recunoașterea timbrului instrumentelor, indicarea notelor false și capacitatea de recunoaștere a celor mai cunoscute melodii, a notelor false sau a ritmului. Există și cazuri

de amuzie în care nu se pot recunoaşte nici măcar zgomotele. Amuzia se poate clasifica în :

- *amuzie receptivă*, caracterizată prin imposibilitatea de a recunoaşte melodiile, chiar familiare, surditate tonală, erori în identificarea timbrului specific al diferitelor instrumente muzicale, a ritmului ;
- *amuzia expresivă*, care, prin caracterul său paucisimptomatic, ar putea fi considerată o formă specială de apraxie. Se caracterizează prin imposibilitatea de a reproduce vocal melodii cunoscute, incapacitatea de emitere vocală a sunetelor şi de redare a melodiilor, dispraxia mînuirii unui instrument muzical bine cunoscut subiectului anterior îmbolnăvirii. Muzica devine pentru el un amalgam de sunete dezagreabile, fără nici o urmă de melodicitate.

S-a stabilit că localizarea leziunii în amuzie este în regiunea fronto-parietală dreaptă (amuzia motorie), în porţiunea anterioară a unuia sau a ambilor lobi temporali (agnozia muzicală). Se pare că există şi un „centru al cîntatului", situat în circumvoluţiunea frontală F_3, un centru al „sunetului muzical" — în piciorul circumvoluţiunii F_2, şi un „centru instrumental" — în cîmpurile 20 şi 37, a căror lezare ar produce agnozia muzicală. După LISHMAN, leziunile din amuzie se situează, cel mai frecvent, în regiunea temporală medie.

644. **AMUZIE MOTORIE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AVOCALIE.

645. **AN**(M) R.F.G. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BENZEDRINE(M) Canada.

646. **ANABET**(M) Portugalia — DCI *Nadolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-/(5,6,7,8-tetrahidro-cis-6,7-dihidroxi-1-naftil)-oxi/-2-propanol ; este indicat în anxietatea cu şi fără componentă somatică, în distonii neurovegetative ; bună toleranţă la copii şi vîrstnici ; se poate administra în doză unică. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

647. **ANABOLISM** (cf. gr. *anabole* „aruncare, zmulgere, înlăturare") ● Ansamblul proceselor de metabolism intermediar, care conduc la sinteza metaboliţilor şi a componentelor structurale celulare. Prin reacţiile anabolice, are loc reînnoirea permanentă a structurilor celulare uzate, sînt sintetizate o serie de substanţe active (enzime, hormoni), este asigurată creşterea şi înmulţirea celulelor şi încărcarea lor cu material nutritiv de rezervă. Reacţiile anabolice necesită energia care provine din reacţiile catabolice, motiv pentru care ele se desfăşoară cuplat. Farmacologic, anabolizantele sînt substanţe medicamentoase care favorizează procesele metabolice de refacere.

648. **ANACLITIC** (cf. gr. *anakletikos* „care aminteşte de, care evocă") ● Tip de alegere a obiectului, opus tipului de alegere narcisic. Obiectul dragostei este ales după modelul figurilor parentale care oferă hrană, grijă, protecţie (FREUD). Explicaţia acestui tip de alegere s-ar afla în faptul că pulsiunile sexuale se bazează, la origine, pe pulsiunile de autoconservare.

Sindromul depresiv sau depresia anaclitică (SPITZ, 1946), apare la copii între 6 şi 12 luni, reactiv la separarea de mamă şi la încadrarea într-o instituţie (spital, cămin, creşă), în condiţiile preexistenţei unei relaţii satisfăcătoare copil-mamă. Constă în evoluţia de la comportament plîngăreţ, de agăţare, la tristeţe, anorexie, izolare, încetinirea dezvoltării psihomotorii şi somatice, inerţie, indiferenţă, insomnie. Încetarea separării de mamă sau apariţia unui substitut matern satisfăcător într-un interval de 3 pînă la 5 luni duce la dispariţia sindromului. În caz contrar, sindromul evoluează spre forma mai severă, cu prognostic foarte nefavorabil, a hospitalismului, caracteristic copilului instituţionalizat înainte de 6 luni sau copiilor care nu au beneficiat de nici o legătură afectivă reală şi care, supuşi unui tratament impersonal (carenţă afectivă totală, după SPITZ, spre deosebire de carenţa afectivă parţială din depresia anaclitică), evoluează de la apatie, inerţie, spre retard psihomotor, deteriorare fizică, stereotipii, gesturi autoagresive, indiferenţă, inactivitate, tablou simptomatic adesea confundat cu autismul infantil.

649. **ANADEP**(M) Noua Zeelandă — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CLORDELAZIN(M) România.

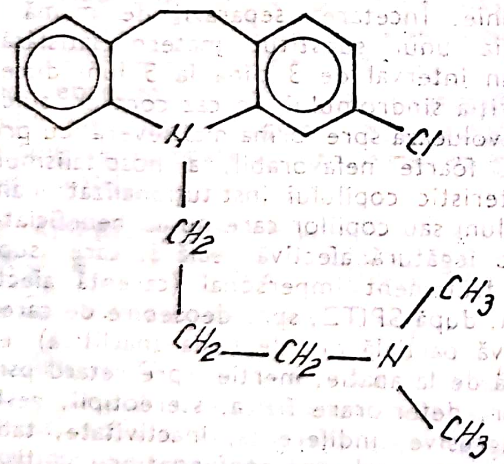
650. **ANAFIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *aphe* „pipăit") ● Tulburare a sensibilităţii tactile, constînd în lipsa sau pierderea simţului tactil.

651. **ANAFILAXIE PSIHICĂ** (cf. gr. *ana* „contrar" ; *phylaxis* „protecţie" ; *psyche* „suflet") ● Model psihopatologic asemănător celui biologic (hipersensibilizare de tip imediat, cu reacţie specifică antigen-anticorp), constînd

Scanned with OKEN Scanner

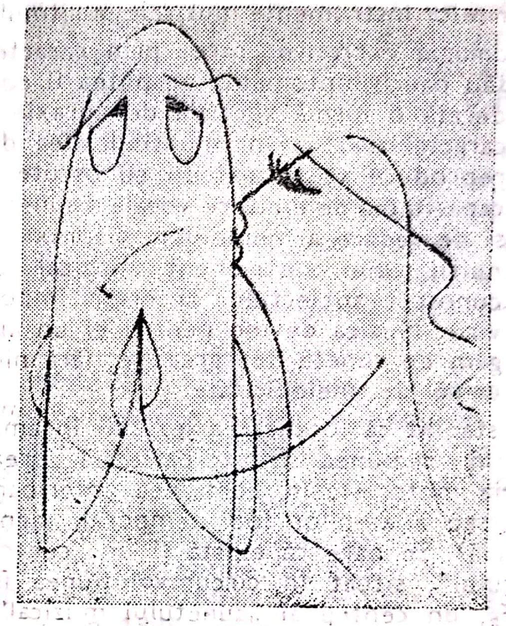
din reproducerea unor simptome psihice identice, în condiţiile repetării unor evenimente psihotraumatizante identice (anumite emoţii, evenimente, persoane, situaţii neplăcute sau anxiogene pentru subiect). Problema capătă aspecte mult mai complexe (şi discutabile) în bolile psihosomatice (astm bronşic, hipertensiune arterială, infarct miocardic etc.), unde fenomenul este integrat în teoriile etiopatogenice ale acestora.

652. **ANAFRANIL**(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveţia, Finlanda, Franţa, Grecia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Mexic, Olanda, Portugalia, R.F.G., Suedia, Turcia — DCI *Clomipramină* • Antidepresiv timoleptic — derivat dibenzazepinic de tip 3-cloro-5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu o structură chimică asemănătoare CLORPROMAZINEI, dar cu acţiune diferită; indicat în depresii endogene, psihogene şi organice, cu o menţiune specială pentru depresiile din schizofrenie şi din nevroza obsesivo-compulsivă. Necesită



atenţie în administrare avînd în vedere acţiunea lui proconvulsivantă. Nu se administrează în primele trei luni de sarcină.

653. **ANAFRODIZIE** (cf. gr. *a(n)-*; *aphrodisia* „plăceri senzuale") • Absenţa constituţională sau dobîndită, permanentă sau accidentală a dorinţei erotice (în condiţii de integritate anatomofiziologică), prezentînd o veritabilă „anestezie sexuală", diferită însă de frigiditate sau impotenţă. În timp ce pentru unii subiecţi acest lucru nu are nici un fel de răsunet afectiv, pentru alţii constituie sursa unor preocupări obsesive, nozofobice, sau a unor sentimente de culpabilitate. Poate fi generalizată sau electivă (de exemplu, la invertiţi faţă de indivizii de sex opus).



MERLEAU-PONTY încearcă o explicaţie analitică, interpretînd respingerea „orgasmului ca detaşare de lume" — punct de vedere construit pe o abordare doctrinară. Considerăm că pot exista şi alte cauze ale acestor tulburări.

La originea anafrodiziei pot sta erori educaţionale, traumatisme sexuale (mai ales din perioada copilăriei), fixaţii nevrotice sau inhibiţii contextuale. Se întîlneşte frecvent la personalităţile psihastenice, în depresii de intensitate psihotică, schizofrenie, afecţiuni anergizante (pirexie, caşexie,) epilepsie. În funcţie de semnificaţia simptomului pentru subiect şi motivaţia de vindecare, se va institui şi tratamentul, care va aborda atît aspectul etiologic, cît şi pe cel specific, simptomatic.

654. **ANAGAPIE** — nevroză (cf. gr. *a(n)-*; *agape* „iubire") • Termen prin care LEVI-BIANCHINI a descris o formă clinică de nevroză, asemănătoare nevrozei de abandon — consecutivă fie traumatismelor psihice din perioada copilăriei, fie ataşamentului excesiv faţă de părinţi sau de substituţii acestora. Observaţia a fost făcută pe marginea a 31 de cazuri clinice, comunicate în revista de psihopatologie „Neuropsichiatria e Psicanalisi" — Milano, 1953 (dată de la care termenul a fost preluat).

Scanned with OKEN Scanner

655. ANAGOGIC(A) (cf. gr. *anagoge* „acţiune de înălţare spirituală"; lat. „interpretare a unor texte mistice") ● Termen utilizat de SILBERER în 1914 pentru a defini interpretarea simbolurilor şi a miturilor în funcţie de determinările tematice morale universale, deci diferit de interpretările psihanalitice, care tind spre sensul latent, particular-individual. Lansarea termenului aparţine lui JUNG.

Metoda psihoterapeutică anagogică, este o metodă sintetist-constructivistă, ce se opune (U. ŞCHIOPU) metodelor analist-reductive.

656. ANAGRAX(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită dar complementară. Este compus din:

- DIPOTASSIUM CLORAZEPAT(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- FENFLURAMINE(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic.

Are acţiune anxiolitică, psihostimulentă.

657. ANAL — stadiu (cf. lat. *anus*) ● În încercările de explicare a patologiei psihice (încercări conforme cu posibilităţile şi nivelul general de dezvoltare al ştiinţelor medicale la finele secolului al XIX-lea şi începutul celui de al XX-lea, dar mai puţin corespunzătoare nivelului cunoştinţelor actuale), psihanaliştii desemnau prin acest termen (care astăzi are mai mult o valoare istorică) al doilea stadiu în dezvoltarea psihosexuală a copilului, caracterizat printr-o polarizare pulsională pe zona excretoare anală, stadiu în care se dobîndeşte posibilitatea de control voluntar asupra retenţiei sau expulzării.

Stadiul anal este atribuit vîrstei de 15—36 luni, perioadă în care organismul în creştere dezvoltă o tendinţă marcată de trecere de la o conduită pasivă la una activă. „Zona anală recurge singură, mai mult decît altele, la încăpăţinare şi aderenţă, la impulsuri contradictorii, pentru că este zona a două modele conflictuale ... retenţia şi eliminarea. Mai mult, sfincterele fac parte din sistemul muscular, cu dualitatea lui de rigiditate şi relaxare, de flexie şi extensie. Dezvoltarea sistemului muscular conferă copilului o şi mai mare putere asupra mediului, abilitatea de a atinge şi ţine, de a arunca şi împinge, de a apropia sau a ţine la distanţă. Acest stadiu, denumit de către germani „al încăpăţînării", devine o bătălie pentru autonomie" (J. ERIKSON — „Copilărie şi societate").

Este un stadiu ambivalent al relaţiei cu obiectul, care ar avea, după K. ABRAHAM, o fază dominată de expulsia cu semnificaţie sadică (distrugerea obiectului încorporat) şi o fază de retenţie, cu semnificaţie de control sadic posesiv asupra obiectului. Conflictul expulsie-retenţie devine conflictul pasiv-activ, masculinitate-feminitate. Depăşirea fără fixaţii a acestui stadiu pune bazele unui individ independent, autonom, fără sentimentul îndoielii de sine şi al ruşinii. Formaţii reacţionale la pulsiunea parţială anală duc la trăsături caracteriale mai mult sau mai puţin accentuate (spirit de ordine, perseverenţă, punctualitate, economie, plăcerea de a prelungi preliminariile unor bucurii etc.). Trăsăturile caracterului anal, mecanismele de apărare specifice, se întîlnesc în nevroza obsesională, în cazul personalităţii psihastenice (ambivalenţă marcată, sado-masochism, homosexualitate latentă). Persoanele din mediul apropiat al copilului pot contribui, într-o oarecare măsură (în afara determinismului lor inconştient), la depăşirea fără fixaţii a stadiului, adoptînd o atitudine fermă, consecventă, dar ţinînd cont şi de particularităţile copilului. J. ERIKSON afirmă: „Fermitatea trebuie să protejeze copilul împotriva judecăţii sale încă şovăielnice, împotriva incapacităţii de a reţine şi lăsa cu discriminare. Mediul trebuie să-l împiedice în dorinţa de a se descurca singur, altfel va fi presat de expunerea prematură şi prostească ce-l va împinge la ruşine şi la acea neînţelegere secundară pe care o numim îndoială" → STADIILE LIBIDINALE.

658. ANAL — tip de personalitate ● În tipologia lui FREUD particularităţile acestui tip sînt determinate de o stagnare în evoluţia libidoului la stadiul anal. Caracteristici psihologice: tendinţă accentuată la ordine, meticulozitate, agresivitate. Potenţial patologic psihiatric: paranoia, perversiuni masochiste, nevroze compulsive, perversiuni sadice, personalităţi dezorganizate.

659. ANALEPTICE (cf. gr. *analepsis* „restabilire, reparare") ● Denumire dată unui grup de substanţe variate ca structură chimică, ce au în comun acţiunea de stimulare a sistemului nervos, rezultat al combaterii inhibiţiei centrilor nervoşi vegetativi, care apare în cursul unor afecţiuni consumptive infecţioase, circulatorii, ca urmare a intoxicaţiilor cu diverse substanţe sau consecutivă tratamentului îndelungat cu medicamente depresoare. Eterogenitatea structurii chimice a substanţelor aparţinînd acestui grup face dificilă o clasificare a lor. Extrem de schematic s-ar putea distinge între: analeptice simple ale sistemului nervos

central (de tipul cofeinei, stricninei) şi analeptice care acţionează prin creşterea aportului de substanţe energetice necesare metabolismului celulei nervoase.

● *Analepticele simple ale SNC includ :*

● COFEINA, analepticul clasic cel mai răspîndit ; avînd efect stimulator asupra centrilor de integrare senzorială, facilitează activitatea reflexă, elimină senzaţia de oboseală fizică şi intelectuală, determinînd o creştere a ritmului ideativ (există însă şi subiecţi la care apare fenomenul invers, de oboseală, somnolenţă). Are acţiune antinarcotică, salutară în intoxicaţia alcoolică acută, dar puţin eficace în narcoza profundă. În doze mari, acţiunea se extinde asupra cortexului motor, asupra bulbului şi măduvei, determinînd o stare de excitaţie psihomotorie cu tremurături la nivelul extremităţilor, stări de anxietate. Este un stimulator al centrului respirator. Asupra tensiunii arteriale acţiunea sa este complexă : prin stimularea centrului vascular determină creşterea tensiunii, dar prin acţiunea sa periferică, de vasodilataţie, produce o scădere a tensiunii astfel încît, la subiectul normal, rezultă numai o creştere uşoară şi pasageră a tensiunii arteriale.

● NICETAMIDA (boramin) — are efect terapeutic în stările de colaps.

● DOXAPRAM HIDROCLORID (dopram) — antinarcotic eficace, folosit, de asemenea, ca antidot al substanţelor care determină deprimarea respiraţiei, prin acţiune la nivel central. În anesteziologie, este folosit în perioada postoperatorie. Are efecte secundare greu de suportat : greaţă, vomă, tahicardie, hipertensiune arterială, laringospasm. Trebuie folosit cu multă precauţie, pentru că poate determina apariţia convulsiilor, diferenţa dintre doza convulsivantă şi cea terapeutică fiind foarte mică.

● SULFATUL DE STRICNINĂ — are în doze mici o acţiune stimulatorie asupra sistemului nervos central, creşterea dozelor fiind periculoasă prin potenţialul convulsivant. Are acţiune predominant medulară. În psihiatrie, este folosit în stările de delirium tremens, ca antagonist clasic al barbituricelor, şi ca psihostimulent.

● FIZOSTIGMINA (antiliriul — salicilat de fizostigmin) — inhibitor al colinesterazei, folosirea sa fiind deci indicată în supradozajul cu atropină şi în cel cu antidepresive triciclice. Este eficientă în intoxicaţiile cu barbiturice şi benzodiazepinice. Prezintă însă efecte secundare deloc neglijabile : bronhospasm, modificări ale tensiunii arteriale şi ale ritmului cardiac.

● BEMEGRIDUL (megimid) — este folosit ca antidot în intoxicaţia barbiturică ; are potenţial convulsivant mare, ceea ce a condus la utilizarea lui ca activant al ritmului EEG, în scop diagnostic.

● ADRENALINA, NORADRENALINA, NEOSTIGMINA — au o utilizare restrînsă.

● *Analeptice care acţionează prin stimularea metabolismului sistemului nervos :*

● CENTROFENOXINUL (lucidril) — are o acţiune reglatorie asupra metabolismului cerebral şi endocrin, prin intermediul axului hipotalamo-hipofizar. Este indicat în stările confuzionale determinate de leziuni cerebrale, în psihozele alcoolice acute.

● MEFLEXAMID (mefexadim) — diminuează starea de astenie, fatigabilitatea.

● HEPTAMINOL (heptamil) — avînd efect cardiotonic, este folosit în combaterea efectelor secundare cardiovasculare induse de neuroleptice.

Pe lîngă aceste substanţe, trebuie menţionate aşa-numitele „tonice" — substanţe mai mult solicitate de către bolnav decît recomandate de către medic pentru combaterea asteniei : acidul folic, glicerofosfatul de calciu, acidul glutamic, vitaminoterapia (mai ales vitamina C şi cele din grupa B).

660. **ANALGEZICE** (cf. gr. *a(n)-* ; *algesis* „suferinţă, durere") ● Sînt incluse în această clasă drogurile care diminuează sau suprimă durerea, acţionînd fie prin impiedicarea recepţionării stimulilor dureroşi la nivelul terminaţiilor nervoase, fie prin impiedicarea perceperii durerii la nivel central.

Clasic, se subimpart în :

● *Analgezice narcotice :* diminuează sau suprimă perceperea durerii, determinînd, în acelaşi timp, în doze mari, şi un somn profund de tip narcotic şi, uneori, apariţia euforiei ; prin acest din urmă efect prezintă pericolul creşterii toleranţei şi al dependenţei. Din această categorie fac parte : opiul şi alcaloizii săi, morfina şi derivatele sale. Deşi proprietăţile analgezice ale opiumului au fost cunoscute din cele mai vechi timpuri, principiul său activ, morfina, nu a fost izolat decît în 1805, reprezentînd a zecea parte dintr-un amestec de 20 de alcaloizi diferiţi care intră în alcătuirea opiumului. Cu tot efectul analgezic major, folosirea ei atrage inconveniente grave, dintre care dependenţa fiziologică şi psihologică nu este în nici un caz de neglijat. Dependenţa este însoţită de un efect depresor asupra respiraţiei, proporţional cu doza. În aceste condiţii, s-a încercat găsirea unor substanţe care să aibă calităţile, dar nu şi defectele morfinei ; după 1942, a fost sintetizat primul produs

asemănător cu morfina, nalorfina, cu proprietăți analgezice. Poate acționa ca un antidot al morfinei, nu dă dependență, dar folosirea ei este grevată de apariția halucinațiilor, chiar la doze mici. Sintetizarea și utilizarea unor produși mult mai activi, ciclazocina și ciclofronul, cu un efect analgezic de zeci de ori mai puternic și fără a da dependență, a fost limitată din cauza aceluiași efect halucinogen.

● *Analgezice nenarcotice* : realizează analgezia fără a produce somnul ; pe lingă acest efect au și valențe antipiretice și antiinflamatorii. Acțiunea analgezică a acestor substanțe este mult mai redusă decit in cazul analgezicelor narcotice și se adresează numai durerii somatice (sînt influențate și unele dureri viscerale ușoare ca acelea din dismenoree). Efectul lor este datorat fie antagonizării pe care o realizează față de substanțele „producătoare ale durerii" (acetilcolina, histamina, serotonina, chininele plasmatice și, după date mai noi, prostaglandinele), fie acțiunii antiinflamatoare.

În funcție de acțiune, redăm, după CROSSLAND, următoarea sistematizare a substanțelor analgezice nenarcotice :

● ACIDUL SALICILIC : a fost izolat în 1838 și sintetizat ceva mai tirziu ; la scurt timp, o sare a acidului salicilic, salicilatul de sodiu, a fost preparată și introdusă în practică. În 1853, a fost sintetizat acidul acetilsalicilic (aspirina), dar debutul său in practica medicală s-a făcut abia in 1889. Mecanismul de producere a analgeziei este atit central, cit și periferic. Salicilații interferează percepția dureroasă prin acțiune la nivel hipotalamic. La nivel periferic, interferează influxul nervos din zona terminațiilor, prin inhibarea sintezei prostaglandinelor E și F, care sensibilizează terminația nervoasă la durere. Crește excitabilitatea cerebrală prin acumularea de acid glutamic în creier (salicilatul determină deprimarea unor reacții care duc la transformarea acidului glutamic în glutamină, prolină, acid α-oxaglutaric și acid gamaaminobutiric). Prin același mecanism s-ar putea explica și producerea convulsiilor. Au loc modificări ale echilibrului acidobazic, mai ales in intoxicații (la copii acidoză, la adulți alcaloză prin hiperventilație). Totuși nu trebuie neglijat faptul că acidul salicilic este, în primul rind, un antiinflamator și, in al doilea rind, un antialgic. Efectele secundare la doza obișnuită pot fi neglijate în absența ulcerului gastroduodenal, a diabetului și hipertensiunii arteriale.

● DERIVAȚII PIRAZOLONULUI : fenazonă, antipirină, aminofenazonă, amidopirină, aminopirină, piramidon, izopropilaminofenazonă, izopirină, noraminofenazonă, novalgin, analgin. Sint substanțe introduse în secolul a XIX-lea, in primul rînd, pentru efectele lor antiinflamatorii. Analgezia și antipirexia se produc printr-un mecanism asemănător cu al salicilatului, alături de efectul antiinflamator important. Utilizarea lor în practica curentă este redusă din cauza agranulocitozei pe care o provoacă. Fenazona este un analgetic, antipiretic și antiinflamator slab. Se utilizează mai ales în combinație cu alte antipiretice. Aminofenazona se utilizează mai ales pentru efectul ei antispastic. În doze mari, produce excitarea sistemului nervos central. Deși efectul său antialgic este mai bun decit al salicilatului, utilizarea este mai redusă din cauza pericolului apariției agranulocitozei.

Tabel nr. XIV

	Analgetic	*Antipiretic*	*Antigutos*	*Antiinflamator*
Salicilat	+	+	+	+
Acid mefenaminic	+	+	—	+
Acid flufenaminic	+	+	—	+
Paracetamol	+	+	—	—
Fenazona	+	+	—	+
Fenilbutazona	+	+	+	+
Sulfinpirazona	—	—	+	+
Probenecid	—	—	+	—

● DERIVAȚII DE ANILINĂ : acetilanilida (fenacetina) ; antifebrina (acetofenetidina). Acetilanilida a fost primul preparat din această serie, introdus în practică în 1886, cu utilizare redusă astăzi din cauza toxicității sale (methemoglobinemie cu cianoză). Mecanismul de acțiune analgezic este asemănător cu al salicilatului. Fenacetina și paracetamolul se asociază în combinație cu alte analgetice, fiind mai puțin toxice, deși efectele secundare la doze mari sînt totuși importante : cianoză cu anemie, dispnee, erupții cutanate, astenie, nefrită interstițială.

● DERIVAȚII DE CHININĂ : Cincofen, Atofan, Neoconcofen, deși mai activi, au o utilizare restrînsă, datorită toxicității ridicate și a efectelor secundare.

● DERIVAȚII ACIDULUI ANTRANILIC : agenți, în primul rînd, antiinflamatori și, în al doilea rînd, antialgici, avînd avantajul unor efecte secundare minime și al unei toxicități mai reduse : Motrim, Maprosyn, Malfom, Tolectin și relativ recentul Zomax, cu indicații în algii medii și ușoare.

Cercetările actuale se îndreaptă către descoperirea de noi agenți terapeutici a căror acțiune analgezică să poată fi disociată de dependențe, toxicitatea și severitatea efectelor secundare. Calea deschisă de ENDORFINE promite a fi un început.

661. ANALGEZIE (cf. gr. *a(n)-* ; *algesis*) — sin. ANALGIE ● Absența sau suprimarea permanentă sau temporară a sensibilității dureroase. Poate fi constituțională sau dobîndită. În clinica neurologică, se întîlnește ca urmare a unor leziuni la nivelul receptorului, al căilor de transmisie sau al zonei centrale de proiecție, dar poate fi obținută și prin inducere medicamentoasă (anestezie), prin hipnoză sau prin mijloace de decondiționare și învățare. În psihiatrie nu este întîlnită frecvent, dar este posibilă în catatonie și în depresia melancoliformă, și la personalitățile isterice. De menționat existența „zonei analgezice", cu sensibilitate tactilă normală, dar fără sensibilitate dureroasă (o mică zonă pe fața interioară a obrazului, descrisă de KIESOW).

662. ANALGEZIE CONGENITALĂ ● Absența sensibilității la excitanții dureroși (fie că este vorba de cea superficială, fie de cea profundă), păstrîndu-se intactă cea tactilă și termică, în condițiile patologice realizate de trisomia 13 (trisomia D — Deaborn), în varianta sa descrisă de PATAU. Se asociază, în mod variabil, cu întîrziere în dezvoltarea psihică, tulburări ale osificării scheletului, ulcerații cutanate. Anomalia genetică este reprezentată de localizarea unei gene recesive pe unul dintre cromozomii grupului D.

663. ANALGEZIE GENERALIZATĂ ● Lipsa sensibilității dureroase determinată de cauze neurologice, psihice și de insensibilitatea dureroasă congenitală. La acestea se pot adăuga cauze medicamentoase și toxice (alcool, opiacee etc.). Se deosebește de anestezie prin faptul că sînt conservate celelalte aspecte ale sensibilității (discriminatorii, tactile, termice).

● ASIMBOLIA DURERII — de natură neurologică ; este consecutivă unor leziuni ale hemisferei cerebrale stîngi, sediul leziunii nefiind însă precis localizat. Este însoțită de alte semne neurologice de tipul somatognoziei, apraxiei reflexive, agnoziei digitale, nediferențierii dreapta-stînga.

● INDIFERENȚA DUREROASĂ CONGENITALĂ — se observă din copilărie, mai ales după apariția dentiției, cînd copilul își poate mușca limba, buzele, degetele, fără să resimtă durerea. Poate avea consecințe foarte grave. (fracturi, arsuri, diverse leziuni) și este însoțită de tulburări ale sensibilității generale. Anomalia este ireversibilă, iar examenul neurologic negativ. Întrucît stimulii care ar trebui să provoace durerea pot fi corect localizați topografic, se preferă termenul de indiferență congenitală la durere celui de analgezie. Diagnosticul diferențial se face cu analgeziile localizate din siringomielie, neuropatii senzitive congenitale, acropatii mutilante de tip Thévenard. Ipotetic, ar fi o tulburare legată de endorfine.

● ANALGIILE — exprimă diferențele interindividuale în ceea ce privește sensibilitatea dureroasă, determinate de factori personali, culturali, de mediu. Este posibil ca diminuarea pragului durerii în zilele noastre, comparativ cu secolele trecute, să fie legată de răspîndirea anesteziei și analgeziei, fapt care face ca însăși ideea de durere să fie mai greu acceptată. În isterie, analgezia generalizată se constată mai rar, fiind, de obicei, localizată. În schimb, la alți bolnavi psihici (în special la catatonici și în depresiile majore) existența unei reacții mult mai scăzute la durere favorizează acțiunile autoagresive și automutilări grave.

664. ANALGIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALGEZIE.

665. ANALGIN(M) Bulgaria $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALGOCALMIN(M) România.

666. **ANALGOGNOZIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *algos* „durere" ; *gnosis* „cunoaştere") ● Incapacitatea de înţelegere a unei dureri resimţite de subiect, însoţită de absenţa reacţiei de apărare sau de protecţie. Subiectul păstrează totuşi reacţia afectivă obişnuită faţă de fenomenul dureros, fără ca acesta să atragă apariţia unui comportament de evitare a circumstanţelor algogenice → ASIMBOLIE ALGICĂ ; ASIMBOLIE LA DURERE.

667. **ANALGOTIMIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *algos* ; *thymos* „spirit") ● Termen propus pentru a desemna scăderea pînă la abolire a reacţiilor afective provocate de durere ; poate apărea, de exemplu, după lobotomie.

668. **ANALITATE** (cf. lat. *anus*) ● Ansamblu de determinări psihice inconştiente, legate de stadiul anal şi de proprietăţile erogene ale zonei anale. Prin analitate este desemnat un tip de fixaţie, cu consecinţe asupra structurii personalităţii → ANAL — stadiu ; STADII LIBIDINALE.

669. **ANALITIC** (cf. gr. *analytikos* „care poate fi descompus în părţi") ● Termen cu o sferă semantică foarte largă, implicată diferenţiat în funcţie de context ; ca exemplu :

- metodă analitică — metodă care utilizează analiza (în opoziţie cu metoda sintetică) ;
- chimie analitică — ramură a chimiei care studiază elementele componente ale substanţelor şi combinaţia lor ;
- limbă analitică — limbă care exprimă diferitele raporturi gramaticale prin cuvinte separate ;
- filozofie analitică — orientare filozofică larg răspîndită în S.U.A., Anglia, Australia, R.F.G., care reduce filozofia la analiza logică a mijloacelor lingvistice şi conceptuale ale cunoaşterii. În sensul filozofiei analitice au luat naştere două curente principale : analiza logică-lingvistică a limbajului ştiinţei, promovată de B. RUSSELL, R. CARNAP, şi analiza limbilor naturale, promovată de L. WITTGENSTEIN ;
- spirit analitic — capacitate mintală de a disocia părţile componente ale unui întreg ; caracterizează în special introverţiţii.

În psihiatrie este utilizat termenul de psihoterapie analitică, pentru a desemna un grup de metode psihoterapeutice de inspiraţie psihanalitică — psihoterapii scurte, psihoterapii familiale. Psihoterapia analitică utilizează metoda asociaţiilor libere pe care le face subiectul verbalizînd orice imagine, idee, senzaţie care îi apare spontant în cîmpul conştiinţei. Analiza acestor asociaţii libere developează mecanismele de la nivelul inconştientului care au generat boala (în concepţie psihanalitică) → PSIHANALIZA ; ASOCIAŢIE LIBERĂ.

670. **ANALIZĂ** (cf. gr. *analytikos*) ● Termen a cărui polisemantică trebuie abordată diferenţiat pentru a putea distinge următoarele accepţiuni :

● Operaţie mintal-cognitivă (proces de gîndire), complementară şi unitară cu sinteza care face segregarea şi evaluarea fină (nuanţată) a elementelor şi relaţiilor dintr-un întreg logic. Informaţiile astfel obţinute vor fi regrupate şi organizate într-o structură globală şi generalizatoare de către sinteză. Acest „mecanism" care implică permanentul şi, în fapt, simultanul proces analiză-sinteză, oferă cunoaşterii umane o cale de abordare deosebit de eficace în faţa complexităţii şi practic infinităţii elementelor şi fenomenelor realităţii. S. RUBINSTEIN a conceptualizat acest proces, aplicînd în abordarea problemelor „analiza prin sinteză".

● Metodă şi tehnică ştiinţifică, aplicată în diferite domenii ale cercetării (psihologice, statistico-matematice, chimice, sociologice, lingvistice etc.). Ea presupune, întotdeauna, reducerea întregului la părţile sale componente care, după ce sînt identificate, sînt amănunţit analizate, stabilindu-se succesiv relaţii între ele.

Analiza psihologică, domeniu care interesează în mod deosebit psihiatria, impune, prin vastitatea domeniilor pe care le are de elucidat, rigurozitate şi perspicacitate, precum şi o corectă înţelegere a relaţiilor şi interferenţelor care stau la baza motivaţiilor şi comportamentelor normale şi patologice ale individului uman.

● Mod prescurtat de denumire al psihanalizei. Autorii de formaţie psihanalitică atrag totuşi atenţia asupra existenţei riscului de apariţie a unor confuzii cu analiza psihologică, domeniu mai larg şi, aşa cum am arătat, oarecum diferit. În psihanaliză, activitatea analitică constă în tehnica interpretării, cu rol în dezvăluirea mecanismelor inconştiente, a sensurilor ascunse. Este o analiză a rezistenţelor şi a transferului. Cu toate observaţiile menţionate mai sus, termenul este frecvent utilizat în locul celui de psihanaliză, în special în analiza didactică, „analiza directă, analiza sălbatică", analiza terapeutică.

Scanned with OKEN Scanner

671. **ANALIZĂ CAUZALĂ** — sin. **ANALIZA MULTIVARIANTĂ** • Metoda experimentală constînd în analiza influențelor pe care le exercită introducerea unei variabile noi (atît ca intensitate, cît și ca direcție) în cadrul unei relații primare cu variabilele examinate (care pot fi comportamente, fenomene sociale etc.). Deși LAZARFELD și DURKHEIM sînt citați ca promotori ai metodei, Stuart MILL i-a precedat prin efectuarea unei analize cauzale simplificate (metoda diferențelor, a variațiilor concomitente). Concepînd-o ca pe o „experimentare indirectă", DURKHEIM a aplicat metoda în studiul psihosociologic efectuat asupra suicidului la populațiile francofone și germanofone din Elveția. Expresia matematică ce reflectă comparațiile sistematice efectuate, se enunță astfel : fie „n" situații, fiecăreia asociindu-i-se $x_{1,2,3}$ și y valori. Dacă creșterea independentă a lui x_1 corespunde uneia a lui y, se poate conchide, în anumite condiții ce țin de situațiile n analizate, că există un efect a lui x_1 asupra lui y.

Constituind, alături de analiza prin simulație, una dintre posibilitățile substitutive ale experimentării în sociologie, analiza cauzală se aplică și în experimentele de laborator sau din pedagogie, beneficiind de noțiunile moderne de cauzalitate interdependentă sau relație funcțională, abordate probabilistic.

672. **ANALIZĂ CRITERIALĂ** • Tip de analiză factorială, propus de EYSENCK (1950), care apelează la criterii de validitate, în afara testelor folosite pentru stabilirea coeficientului de corelație dintre variabile.

673. **ANALIZA (DE) CAZ** • Ansamblu de tehnici de investigație centrate pe cazuri particulare. Se bazează pe faptul că boala este o categorie fundamentală și generală, aparținînd în special teoriei medicale, în timp ce practica medicală se aplică la bolnavi (conform principiului : nu există boli, ci bolnavi). Un grup de specialiști de la Clinica de Psihologie din Harvard, condus de H. A. MURRAY, a efectuat un studiu clinic și experimental pe 50 de subiecți, avînd următoarele scopuri : elaborarea unei teorii a personalității; alegerea/stabilirea acelor tehnici de investigație ce pot oferi date despre cele mai importante însușiri ale personalității ; descoperirea printr-un studiu (pe cît posibil complet) a ceea ce este fundamental în personalitate. Grupul a încercat, prin metoda analizei de caz, să obțină pe de o parte o imagine obiectivă, corespunzătoare fiecărui individ particular, pe de altă parte, să deceleze acele trăsături comune personalității, în genere, și anume trăsături care corelează pozitiv între ele (și invers : trăsăturile care corelează negativ).

674. **ANALIZA (DE) CONTROL** • Cură psihanalitică practicată de un analist debutant, sub controlul unui analist experimentat ; analiza de control face parte din formarea didactică a psihanaliștilor.

675. **ANALIZA (DE) CONȚINUT (CONTENT ANALYSIS)** • Procedeu de inventariere a unor elemente semnificative : cuvinte cheie, semnificanți, gesturi, discurs vorbit sau scris. Această inventariere vizează idei, sentimente, intenții, elemente sintactice și semantice. referințe implicite și explicite, prin decodificarea cărora s-ar putea deosebi conținutul latent de conținutul manifest. Există însă un efect de „anchorage" (ancorare), care constă în faptul că un răspuns este influențat de cadrul de referință, ceea ce distorsionează inconștient analiza de conținut.

676. **ANALIZA DESTINULUI** • Domeniu tentant, dar încă dificil de abordat, deoarece analiza presupune cercetarea și ordonarea părților unui întreg în scopul obținerii unei concluzii cît mai juste ; în materie de destin însă, avem încă prea puține date de ordonat, fapt uitat se pare de SZONDI, căruia îi datorăm termenul, metoda nefiind cel puțin pînă în prezent, confirmată.

Apărută într-o perioadă de euforie psihanalitică, teoria lui SZONDI consideră analiza destinului ca o analiză psihologică de tip abisal, care își află ontogenia în psihanaliza freudiană, iar arheologia în psihologia lui JUNG. Analiza destinului delimitează, în inconștient, trei niveluri :

- inconștientul individual, cuprinzînd tot ce a fost refulat în copilărie ;
- inconștientul familial, în care aspirațiile și pulsiunile familiale, latente și oprimate, își continuă acțiunea lor dinamică, generatoare de pericol ;
- inconștientul colectiv (arhetipurile și reprezentările colective).

Metoda pornește de la ipoteza unui punct genetic de plecare a tuturor pulsiunilor, predeterminat de gene specifice, „gene pulsionale". Genele pulsionale determină, după autor :

- aspirații sau tendințe pulsionale, cînd este vorba de o singură genă (maternă sau paternă) ;

- trebuinţe sau fatori pulsionali, cînd este vorba de două gene omologe, paternă şi maternă ;
- pulsiuni sau vectori pulsionali, cînd este vorba de un aliaj, de o intricare a doi factori pulsionali diferiţi.

Doctrina pulsională a analizei destinului se sprijină pe dualismul perechilor antagoniste de aspiraţii sau trebuinţe. Vectorii pulsionali sînt : S (pulsiunea sexuală — alcătuită din factorii h şi s), P (pulsiunea paroxismală — alcătuită din factorii e şi hy), Sch (pulsiunea Eului, alcătuită din factorii k şi p), C (pulsiunea de contact — alcătuită din factorii d şi m). Destinul este văzut ca o rezultantă a unor factori extrinseci şi intrinseci, este totalitatea posibilităţilor existenţiale moştenite, care pot fi liber alese (SZONDI). Autorul defineşte un destin al constringerii (de pulsiuni şi afecte condiţionate genetic, de mediul social şi de conceperea lumii în mediul în care individul se naşte) şi unul al alegerii libere, ai căror factori sînt funcţiile Eului şi cele ale spiritului, cele două laturi completindu-se dinamic şi dialectic. Autorul consideră că destinul uman reprezintă un sistem de funcţii care pot fi examinate într-o manieră precisă, medical şi psihologic.

După autor, funcţiile pulsionale ale destinului se manifestă în cinci direcţii de alegere : în dragoste, în prietenie, în profesiune, în tipul de boală şi în stilul morţii. Aceste alegeri se mai denumesc astfel : libidotropism, sociotropism, ergotropism, morbotropism şi thanatotropism. Diagnosticul experimental al destinului se face cu un test imaginat de autor → TESTUL SZONDI.

Teoria analizei destinului a fost violent atacată şi contestată de-a lungul timpului. Cu tot caracterul ei pretins ştiinţific, imaginaţia şi deosebitul talent al autorului în analiza psihologică a unor situaţii, sînt adesea singurele argumente care „susţin cu fapte" teoria.

677. **ANALIZA DIDACTICĂ/PSIHANALIZA DIDACTICĂ** ● În concepţia psihanaliştilor este definită drept psihanaliza specialistului care va practica profesia de psihanalist. Ideea nu atît de nouă, cum a părut pentru mulţi, ea nu este, în fond, decît modernizarea vechiului dicton „cunoaşte-te pe tine însuţi", considerată aici drept condiţie profesională fundamentală.

FREUD considera că nu se poate practica psihanaliza fără explorarea propriului inconştient. De aceea, el întreprinde asupra lui însuşi o astfel de explorare (autoanaliză), analiza de sine (Selbstanalyse) ca o condiţie esenţială pentru controlul şi stăpînirea contratransferului. Încă nu există, în concepţia lui FREUD, o distincţie precisă între autoanaliză şi analiză didactică. Psihanalistul trebuie să comunice liber cu propriul lui inconştient, care funcţionează ca receptor pentru inconştientul subiectului (emiţătorul) ; în măsura în care propria activitate inconştientă a psihanalistului va funcţiona liber, neinfluenţată de anumite motivaţii, psihanalistul va permite analizatului în discurs, o manifestare, de asemenea, liberă, fără a favoriza un element sau altul → ATENŢIE FLOTANTĂ. În 1922, la Congresul Asociaţiei Internaţionale de Psihanaliză, s-a pus cu insistenţă problema analizei didactice pentru orice persoană care intenţionează să practice psihanaliza. FERENCZI consideră acest lucru ca fiind „a doua regulă fundamentală a psihanalizei". Acelaşi autor semnalează diferenţa dintre analiza terapeutică şi analiza didactică ; el consideră că intervenţiile terapeutice nu merg totdeauna pînă la acele profunzimi la care se raportează o analiză definitiv terminată, în timp ce analiza didactică trebuie să fie pe deplin încheiată, psihanalistul trebuind să-şi cunoască şi să-şi controleze pînă la cele mai ascunse slăbiciuni, tendinţe, motivaţii etc., propria sa persoană. Analiza didactică, destinată celui care va practica psihanaliza, modifică nu structura nativă a acestuia, ci aspectul cunoştinţelor sale, în sensul că estompează latura achizitiv-informaţională în favoarea experienţei trăite. FREUD („Analiză finită şi infinită", 1937) consideră că analiza didactică este incompletă, că este important, într-o astfel de analiză, ca subiectul care o realizează să constate, la candidat, aptitudinile necesare practicării psihanalizei, să-i descopere existenţa propriului inconştient, să-i permită o cunoaştere a noţiunilor de psihanaliză prin descoperirea conţinutului acestora în propria persoană şi, astfel, să-i arate o primă secvenţă de activitate psihanalitică (BALINT — „Despre formarea psihanalitică").

678. **ANALIZA DIRECTĂ** ● Metodă de psihoterapie analitică a psihozelor, aparţinînd lui J. N. ROSEN, care constă în „interpretarea directă" : se interpretează mimica, gesturile, conduitele subiectului, ca manifestări specifice ale unor conţinuturi inconştiente. Terapeutul devine, pentru subiect, figură maternă. Acest gen de psihoterapie nu necesită ca mediator analiza rezistenţelor şi asociaţia liberă.

Aplicarea psihanalizei la studiul şi tratamentele psihozelor aparţine în special şcolii de la Zürich, care a încercat, folosind metoda lui FREUD, o analiză psihologică generală a

Scanned with OKEN Scanner

proceselor mintale în cazul alienatului. Cei care practică analiza freudiană în psihoze aplică simbolistica ei la produsele imaginative ale nevroticului și la visul normal; se încearcă o analiză a ideilor delirante, a discursului, a gesturilor și conduitelor psihoticului, în perspectiva simbolisticii freudiene. O particularitate a acestei metode constă în faptul că psihoticul nu este în stare de conștientizări sau insight-uri (pe parcursul analizei) care să completeze sau să elucideze semnificațiile delirului și ale altor manifestări de alienare, astfel încît terapeutul trebuie să suplinească acest lucru prin intuițiile și profesionalismul său. În plus terapeutul folosește comparația între reacțiile, manifestările, discursurile, gestica subiectului din perioada evoluției bolii și aceleași manifestări din perioada de remisie, sau cu o serie de alte manifestări pe care reușește să le provoace la subiect în legătură cu alte obiecte decît cele ale delirului său. Una dintre ideile școlii de la Zürich (în sensul celor de mai sus) este că delirul ar semnifica realizarea deformată a dorințelor, a tendințelor refulate ale subiectului, prin analogie cu mecanismul viselor.

Cele de mai sus reprezintă însă doar un punct de vedere care nu este unanim acceptat, în prezent, de școlile de psihiatrie.

679. **ANALIZA DISTRIBUTIVĂ** ● Metodă folosită în terapia psihobiologică, constînd în interpretarea dirijată a comportamentelor anterioare ale subiectului, prin opoziție cu asociațiile libere din psihanaliză.

680. **ANALIZA EXISTENȚIALĂ** (germ. *Daseinsanalyse*) ● Metodă psihoterapeutică introdusă de BINSWANGER și, în același timp, concept prin care se încearcă descrierea și înțelegerea structurală a tulburărilor psihopatologice ca fiind o transformare a „ființei în lume", conform triplei dimensiuni a spațiului, timpului și comunicării; scopul urmărit este analiza trăirilor și problematicii existenței individuale prin descifrarea mesajului simbolic din biografia subiectului. Boala este privită ca un mod de a exista, ca o abordare simbolică a relației dintre lume și individ. Unicitatea trăirilor individuale, înțelese și respectate, neexplicate sau categorisite de către medic, deschide o cale fructuoasă de abordare terapeutică (în special în psihoze). Analiza existențială s-a dezvoltat pornind de la lucrările lui MINKOWSKI, BINSWANGER, ZUTT, KUNZ, LUHN, dar și sub influența filozofilor HUSSERL și HEIDEGGER. Datorită dificultăților mari ale metodologiei, volumului mare de muncă și unor deosebiri doctrinale, metoda nu are o răspîndire largă. Termenul ar putea fi tradus în românește și prin ANALIZA FIINȚĂRII.

681. **ANALIZA FACTORIALĂ** ● Metodă de analiză statistică, avînd drept scop depistarea factorilor comuni dintr-un ansamblu de variabile intercorelate. La baza analizei factoriale se află calcularea gradului de legătură care există între două variabile (coeficient de corelație). Practic, metodele de analiză factorială utilizate recurg la calculul matriceal obișnuit, avînd posibilitatea de a da semnificație calitativă datelor cantitative. În analiza factorială modernă, covarianța analizată clasic a fost înlocuită cu calculul corespondențelor (BENZECRI), care are la bază tabloul contingențelor între două variabile. Metoda analizei factoriale a fost folosită în studiile psihologice pentru determinarea aptitudinilor mintale și elaborarea unor teorii globale legate de inteligență. Într-un articol publicat în 1904 („Inteligența obiectiv măsurată și determinată"), socotit de mulți drept revoluționar, SPEARMAN pornește de la ideea că, dacă în cadrul rezultatelor unor teste ale psihologiei clasice se pot stabili matematic corelații semnificative, acest lucru se datorează unor factori mai largi cu caracter mai global, care pot fi astfel deduși și obiectivați. Pe baza analizei distribuției rezultatelor la diferite teste psihice, pentru un număr mare de subiecți examinați psihometric, SPEARMAN a pus în evidență două tipuri de aptitudini și anume : o aptitudine generală denumită „factorul G" (asimilat inteligenței) și o serie de aptitudini speciale, definite ca „factori S" (spațial, numeric, verbal etc.). Teoria structurală bifactorială a lui SPEARMAN asupra inteligenței a fost completată și dezvoltată de THURSTONE, GUILFORD, PEARSON și HOLZINGER. Teoria lui THURSTONE, „oligarhică" sau multifactorială, folosind o metodă de analiză matematică deosebită, a condus la elaborarea unei scale de inteligență și aptitudini cu nouă factori (spațial, perceptiv, numeric, verbal de semnificație și verbal de fluiditate, mnemonic, de raționament, de inducție și deducție). La aceștia se adaugă un factor de ordin secund, asemănător cu factorul G, dar mai puțin important.

O a treia concepție, „anarhistă", aparținînd lui THOMSON și THORNDIKE, consideră că inteligența este o multitudine de facultăți în mod esențial particulare și independente, în care probele fac sinteze ce nu au întotdeauna relevanță. Această concepție are în prezent puțini adepți printre „factorialiști".

Analiza factorială în psihologie, în ciuda deosebirilor dintre diversele curente, a reuşit să aducă elemente noi şi clarificări de limbaj şi metodă în evaluarea inteligenţei. Cu toată obiectivitatea metodei şi a încercărilor deosebit de laborioase — de nuanţare, ea nu a reuşit încă să se desprindă de un anumit descriptivism şi relativism. Este folosită şi în sociologie, fizică, chimie etc.

682. **ANALIZA FRECVENŢELOR** • Metodă modernă în analiza electroencefalografică, constînd în înregistrarea frecvenţelor din fiecare moment într-un sistem de axe (abscisă, ordonată). Se realizează astfel o reprezentare grafică sintetică a traseului. Această analiză se poate face fie legat de frecvenţa propriu-zisă, fie de ordonarea spaţială a acesteia (WALTER, KENNARD). Evaluarea cantitativă fină pe care această analiză o face şi faptul că ea poate fi automatizată, deschid metodei largi perspective.

683. **ANALIZA FUNCŢIONALĂ** • Metodă de analiză a structurilor componente şi a funcţiilor acestora în cadrul unui sistem, în scopul relevării unor insuficienţe structurale şi disfuncţionalităţi care pot periclita supravieţuirea sistemului. După T. PARSONS, se are în vedere: adaptarea, finalitatea, integrarea şi conservarea subsistemelor implicate în homeostazia sistemului.

684. **ANALIZA IERARHICĂ** • Metodă de ordonare a itemilor folosiţi în scalele de evaluare a unei caracteristici care variază în interiorul unei populaţii, în aşa fel încît să se poată obţine o scală ierarhizată care să corespundă următoarelor condiţii (GUTTMAN): itemii sînt strict ordonaţi, scala se referă la o singură variabilă, subiecţii formează clase ordonate.

685. **ANALIZA INTROSPECTIVĂ** • Atitudine prin care persoana încearcă să pătrundă şi să înţeleagă propriul său proces psihopatologic sau manifestările sale psihice în cauzalitatea lor. A nu se confunda cu autoanaliza (în timp ce autoanaliza vizează cauzele inconştiente, analiza introspectivă se păstrează în limitele conştientului, eventual ea ajunge la preconştient). Apare la subiectul aflat în primele faze ale depersonalizării, ca tentativă de a învinge angoasa sau anxietatea provocată de sentimentul de stranietate resimţit faţă de propriul corp şi faţă de realitate. Acest efort de a înţelege şi explica ce se întîmplă, nu caracterizează doar personalităţile psihastenice, ci se poate întîlni şi într-o serie de alte circumstanţe ca: bufee delirante, crize de anxietate. M. BOUVET subliniază însă caracterul particular pe care analiza introspectivă îl are la personalităţile psihastenice, unde în mod constant există o mare bogăţie verbală în încercarea de a descrie cît mai „exact" ceea ce simte subiectul. Raportul analizei introspective cu depersonalizarea poate fi genetic sau poate apărea ca fenomen secundar. Subiectul, devenit „un spectacol pentru sine însuşi" (FOLLIN), asistă la propria existenţă „ca la un spectacol dat de un altul" (FROMENTIN) şi încearcă în această „implozie" să găsească cauzalitatea.

686. **ANALIZA LOGICĂ** • Analiza structurii logice a unui proces de gîndire, în scopul verificării corectitudinii sale. Presupune următoarele etape:

- analiza limbajului: corectitudinea definirii termenilor şi corectitudinea sintaxei limbajului;
- analiza modului în care sînt efectuate clasificările;
- analiza coerenţei logice a gîndirii (a argumentării);
- analiza necontradicţiei gîndirii.

Caracteristica principală a unui proces de gîndire este reprezentată de argumentare (raţionament). Exprimarea unor opinii sau informaţii cunoscute nu necesită neapărat raţionamente, ele putînd fi asimilate prin acceptare. Un loc important în analiza logică îl are formalizarea logică, cea mai corectă şi mai eficientă metodă de formalizare logică cunoscută pînă în prezent fiind calculul predicatelor dintr-un text. În vederea aplicării acestei modalităţi de analiză (calculul predicatelor fiind calculul algoritmic corespunzător logicii predicatelor), trebuie să distrugem mai întîi predicatele (adică relaţiile subiectului logic), domeniul lor de aplicaţie (universul discursului) şi cuantorii logici, pentru a putea apoi traduce judecăţile în limbajul predicatelor. La fel de importantă este cunoaşterea contextului situaţional, extralingvistic al discursului, pentru a putea astfel descoperi anumite premise teoretice ale raţionamentului.

687. **ANALIZA MULTIVARIANTĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALIZA CAUZALĂ.

688. **ANALIZA OPERAŢIONALĂ** • Metodă de cercetare în psihologia industrială, constînd în analiza diferitelor activităţi productive prin defalcarea lor în operaţii concrete (elementare), care sînt codificate şi reprezentate grafic sub formă de hărţi, grafice, diagrame, cuprinzînd şi timpii necesari de execuţie. Aceste reprezentări spaţiale privind desfăşurarea operaţiilor şi timpii corespunzători de execuţie servesc optimizării proceselor de muncă.

Scanned with OKEN Scanner

689. **ANALIZA PERSONALĂ** • Este analiza care se efectuează asupra propriei persoane → ANALIZA DIDACTICĂ; AUTOANALIZA; TRAINING-ANALIZA.

690. **ANALIZA PLURIREFERENŢIALĂ** • Este analiza de control la care participă mai mulţi „controlori", de obicei patru (quatrième analyse), ca persoane de referinţă.

691. **ANALIZA PSIHOLOGICĂ** • Strategia demersului psihodiagnostic constînd din aplicarea unui ansamblu de tehnici — de la observarea metodică şi intenţională a conduitei, anamneză (studiul longitudinal), la tehnica chestionarelor şi testelor psihometrice sau sociometrice (studiul structural), prin care se sondează semnificaţia şi conţinutul conduitelor umane din punct de vedere structural şi funcţional, longitudinal şi transversal, sincronic şi diacronic. În practica medicală, cu precădere in psihiatrie, este indispensabilă atît precizării diagnosticului pozitiv şi evaluării restanţelor funcţionale, cît şi ca adjuvant pentru adoptarea celei mai eficiente terapii (psihologice sau chimice).

692. **ANALIZA PRIN SIMULAŢIE** • Substitut al experimentării in analiza sociologică, numit şi analiză cvasi-experimentală. Pentru a evalua o situaţie particulară z, se stabileşte o ecuaţie de tipul: $Y = f(x_{1,2,3}$ etc.), aceasta constituind un model prin care se determină distribuţia lui Y într-o situaţie ipotetică unde x_1 sau x_2 ar putea fi distribuite altfel decît în situaţia iniţial observată. La fel poate fi modificat f, funcţia ce leagă variabilele independente $x_{1,2,3}$ etc. de funcţia dependentă Y. Aceste manipulări „cvasi-experimentale" permit explorarea comportamentului sistemului în condiţii diferite de cele iniţial şi efectiv observate. Analiza prin simulaţie a fost utilizată în evaluarea calitativă a unor sisteme instituţionale cu variabile independente numeroase (eficienţa sistemului de învăţămînt primar în Franţa, de exemplu), pornindu-se de la necesitatea estimării că o modificare instituţională benefică ar urmări transformarea sistemului $Y = f(x_{1,2,3}$ etc.) în sistemul $Y = f'(x_{1,2,3}$ etc.). Studierea comportamentului celui de al doilea sistem şi compararea cu primul au fost suficiente pentru determinarea efectului schimbării instituţionale asupra distribuţiei lui Y → ANALIZA CAUZALĂ.

693. **ANALIZA SĂLBATICĂ** • Expresie utilizată de FREUD pentru a defini psihanaliza practicată de persoane neexperimentate care adesea nu au fost supuse unei analize didactice şi care nu înţeleg totdeauna exact tehnica de lucru sau nu pot aprecia corect momentul în care pot interveni pentru a face interpretări pe materialul subiectului. FERENCZI situa analiza „sălbatică" în cadrul compulsiilor intelectuale, definitorii pentru persoanele care doresc întotdeauna să analizeze totul.

694. **ANALIZA STATISTICĂ** • Modalitate specifică de prelucrare matematică a datelor, aplicată în funcţie de obiectivul cercetării şi consecutiv colectării şi întabelării rezultatelor măsurilor efectuate prin diverse tehnici, prin care se confirmă (sau se infirmă) şi se verifică ipoteza de lucru. Este larg utilizată în toate domeniile ştiinţifice, avînd o bogată aplicabilitate şi în domeniul medical (studii epidemiologice, de morbiditate prin diverse boli; în organizarea sanitară; în cercetarea de teren a noxelor patogene; în diagnoza computerizată etc.)

695. **ANALIZA STRUCTURILOR LATENTE** • Metodă specifică psihologiei, psihiatriei şi sociologiei, constînd în analiza şi interpretarea caracteristicilor unor variabile auxiliare externe (comportamente, reacţii, produse ale activităţii), care reflectă indirect conţinutul structurilor latente, interne, subiective ce sînt astfel descifrate, în funcţie de obiectivele propuse: sondarea semnificaţiei sau conţinutului unui proces psihic individual, al unui fenomen social sau al unei tulburări psihopatologice.

696. **ANALIZA TERAPEUTICĂ** • Termen psihanalitic care se referă la alegerea mijloacelor terapeutice. Nu este utilizat, prezentînd interes istoric.

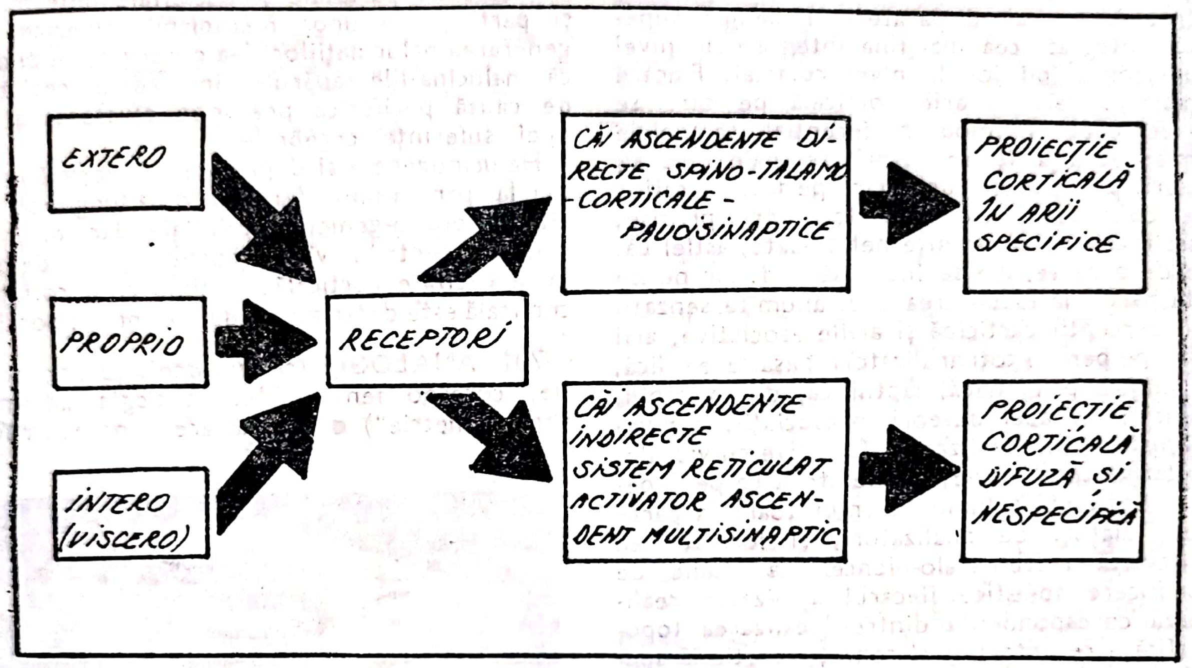
697. **ANALIZA TRANZACŢIONALĂ** → TRANZACŢIONAL.

698. **ANALIZĂ A VARIANŢEI** • Metodă statistică prin care variaţia observată în datele experimentale este atribuită unor surse diferite, cunoscute. Se poate evalua astfel mărimea relativă a variaţiei fiecărei surse şi stabili dacă este mai mare decît cea presupusă de ipoteza nulă. Analiza varianţei este utilizată destul de frecvent pentru evaluarea semnificaţiei diferenţelor dintre mediile statistice ale unor eşantioane diferite.

699. **ANALIZABILITATE** • Caracteristică individuală legată de datele personale ale subiectului (vîrsta, inteligenţa, forţa Eului etc.), care-l fac apt sau îl contraindică pentru cura psihanalitică. Mai sînt implicate în analizabilitate, beneficiile secundare, ca şi mecanismele de apărare. Dacă acestea din urmă sînt fie prea fragile, fie prea rigide, cura poate fi definitiv compromisă, prin decompensări care pot avea un caracter dramatic.

700. **ANALIZATOR** • Aparat neurofiziologic de percepere a stimulilor compus din trei elemente/segmente structurale : receptori senzoriali, căi nervoase, specifice și nespecifice, și centri corticali corespunzători. Adaptarea cît mai adecvată a organismului la mediul înconjurător, fizic și social, în continuă mișcare și transformare, contactul permanent cu acesta și modificările din mediul intern sînt condiții care fac imperios necesară informarea rapidă și completă a etajelor superioare ale sistemului nervos central, informare realizată de sistemele complexe ale analizorilor.

PAVLOV este cel care a atribuit termenul de analizator acestor sisteme definite ca structuri funcționale legate de reflectarea selectivă, diferențiată a excitanților din mediul intern și extern. Receptorii sînt celule nervoase specializate cu structuri celulare aneurale, care transformă informația adusă de diverși stimuli din mediu în impulsuri nervoase ; sînt deci niște traductori care transformă diversele forme de energie — mecanică, termică, electromagnetică, chimică — în impulsuri nervoase codificate în frecvență. Spre deosebire de neuroni, receptorii au proprietatea de a fi activați de modificări specifice, deci de a descărca impulsuri nervoase la praguri mai mici ale intensității stimulilor adecvați. Impulsurile pot fi descărcate și la stimuli neadecvați, dar numai în condițiile în care intensitatea acestora este excesiv de mare. Prin modularea impulsurilor descărcate, neuronii senzitivo-senzoriali transmit centrilor superiori informații asupra calității, intensității, desfășurării temporare și distribuției spațiale a stimulilor. La extremitățile distale axonale, impulsurile nervoase declanșate ca urmare a activității receptorilor, vor determina permeabilizarea membranei presinaptice și descărcări cuantice de mediatori chimici, descărcări variabile în funcție de tipul de sinapsă. Impulsurile produse vor fi transmise ascendent, datorită proprietății sinapsei de a unidirecționa stimulii. Căile ascendente prin care aceștia ajung la nivel central sînt directe și indirecte. Calea directă este reprezentată de traseul spino-talamo-cortical (paucineuronal, cu puține sinapse), prin care impulsurile sînt conduse rapid și proiectate într-o zonă corticală specifică. Calea indirectă (multisinaptică) este reprezentată de sistemul reticular activator ascendent, prin care impulsurile sînt conduse mai lent și proiectate cortical, difuz și nespecific ; această proiecție permanentă difuză menține starea de veghe necesară discriminării stimulilor specifici. Calea de conducere directă, ultima stație de releu, este reprezentată de talamus, spre care converg toate aferențele specifice extero-, intero- și proprioceptive,



Schema organizării generale a unui analizator

cu excepția căii olfactive, la acest nivel avînd loc integrarea tuturor semnalelor de la receptori. Din talamus pornesc spre cortex un număr redus de semnale superior prelucrate, pe baza cărora cortexul elaborează un model intern al lumii înconjurătoare și al propriului organism. Are loc astfel un proces de integrare la nivel superior adică de trecere de la multitudinea de semnale disparate la un semnal superior integrat, cea mai fină integrare la nivel superior avînd loc la nivel cortical. Fiecare analizator are o arie corticală pe care se proiectează în mod preferențial semnalele emise de anumiți receptori, semnale care au suferit procesul de superizare pe traseul căilor de conducere. Deși au localizări precise, aceste arii nu au granițe net trasate, astfel că, pe de o parte, ele se întrepătrund, iar pe de altă parte, la elaborarea unei anumite senzații sau percepții participă și ariile asociative, arii comune pentru toți analizatorii ; așa se explică, în clinica psihiatrică, faptul că, de exemplu, halucinațiile apar deseori în asociații, la nivelul mai multor analizatori (auditive cu vizuale, gustative cu olfactive, tactile etc.). La perceperea conștientă a lumii înconjurătoare ia parte însă, alături de analizatori, și formațiunea reticulată mezencefalo-diencefalică. Căile de conducere specifice fiecărui analizator realizează corespondența dintre localizarea topografică a receptorilor și senzația corticală specifică, provocată prin excitarea lor. Cu ajutorul analizatorilor se formează senzațiile — reflectare conștientă, ca imagine directă a unei proprietăți simple a unui obiect sau fenomen, receptare senzorial-unimodală transmisă prin intermediul releelor succesive ascendente ale unui singur analizator, pînă la etajul superior al integrării în scoarța cerebrală.

Condiții patologice multiple pot afecta funcționalitatea normală a analizatorilor : îngustarea cîmpului conștiinței, intervenția unor circuite mnezice, perturbarea mecanismelor somn-veghe, dereglarea coordonării senzorio-motorii și leziuni ale căilor de transmisie și ale centrilor subcorticali și corticali ai analizatorului ; toate acestea determină eliberarea activității analizatorilor de sub controlul cu efect în general inhibitor al cortexului, rezultatul fiind apariția iluziilor și halucinațiilor. Nu se cunoaște încă motivul pentru care o leziune, indiferent de etiologia sa, o stare toxică (→HALUCINOGENE) sau deprivarea senzorială pot determina halucinații sau iluzii; la fel de necunoscut fiind și mecanismul lor de generare. Astfel, iluziile vizuale pot fi determinate atît de leziuni ale scoarței lobului occipital, temporal, parietooccipital, cit și de intoxicații și deprivări senrzoiale.

Halucinațiile vizuale elementare sînt patognomonice leziunilor occipitale. Halucinațiile complexe, determinate de leziuni în lobul temporal, sînt însoțite de sentimentul de „déjà-vu", iar leziunile parietale și occipitale determină și participarea unor mecanisme mnezice în generarea halucinațiilor. S-a observat, de pildă, că halucinațiile apărute în cadrul cecității de cauză periferică presupun existența și a unei suferințe cerebrale.

Halucinogenele și deprivarea senzorială conduc la apariția unor dereglări de-a lungul căilor vizuale ponto-geniculo-occipitale, iar leziunea majoră a centrilor vizuali corticali poate determina cecitate corticală, în timp ce surditatea corticală este determinată de leziuni temporale.

701. **ANALOGIE** (cf. gr. *analogia* „proporție, corespondență" ; lat. *analogia* „asemănare, simetrie") ● Asemănarea unor lucruri,

Eshker

procese, sisteme ori situații deosebite calitativ. Atunci cînd similaritatea privește structura a două realități (forma de organizare, schema relațiilor dintre elemente), analogia se prezintă ca izomorfism (identitate structurală) sau homomorfism (cvasi-identitate structu-

rală). Sub aspect substanţial, analogia se referă la similaritatea elementelor care intră în alcătuirea fenomenelor comparabile. Cel mai adesea, analogia presupune atît aspecte de ordin structural, cît şi asemănări substanţiale, putînd să fie profundă — atunci cînd surprinde similitudini esenţiale între două sau mai multe realităţi, sau superficială — dacă omologhează identităţi ce ţin de aparenţa fenomenală a termenilor comparaţi. Analogia poate avea o funcţie euristică, sugerînd ipoteze fertile, a căror dezvoltare presupune însă un travaliu teoretic desprins de observaţia analogică. Deducţia raţionamentului prin analogie poartă în sine riscul unor concluzii surprinzătoare, interesante, dar lipsite de adîncime.

Cînd analogia, ca proces psihologic, se face fără a pătrunde în esenţa unor cauzalităţi, fără surprinderea şirului de fenomene care conduc către o etapă anumită, avînd calitatea de a-i sugera subiectului posibila comparaţie, ea poate lua un aspect numai cu puţin în afara sferei patologicului. Aşa se întîmplă în manie şi la intelectele liminale, în cazul cărora capacitatea de analiză este mult redusă.

De asemenea, ignorarea unor circumstanţe sau înlocuirea lor cu unele imaginare, aşa cum se întîmplă în psihozele delirante, conduc la realizarea unor pseudoanalogii cu un caracter nu numai surprinzător, ci şi absurd, al căror mecanism este pentru observator evident neinteligibil. Ele pot constitui punctul de dezvoltare a unor deliruri sistematizate.

702. **ANALOGIE — legea lui Thorndike** • Lege a învăţării potrivit căreia animalul sau fiinţa umană reacţionează la o situaţie nouă în acelaşi mod în care au reacţionat într-o împrejurare anterioară asemănătoare.

703. **ANALOGIE(T) test** • Tip de probă cognitivă care se bazează pe descoperirea de către subiect a relaţiilor de asemănare dintre cuvinte, imagini, obiecte, forme etc. Acestea pot să aibă diferite grade de dificultate, implicînd uneori niveluri de abstractizare foarte ridicate. Testele care folosesc analogiile sînt puternic saturate în factorul G (inteligenţă generală), fapt care l-a făcut pe WECHSLER să declare că sînt printre cele mai bune instrumente de măsurare a inteligenţei. Sînt construite şi utilizate fie ca teste independente (testul de analogii Miller), fie ca subteste în cadrul unor baterii, cum ar fi proba de similitudini din bateria de inteligenţă Wechsler.

704. **ANAMETRIN(M)** Portugalia — DCI *Nomifensină* • Antidepresiv timoleptic de tip 8-amino-1, 2, 3, 4-tetrahidro-2-metil-4-fenilisochinolină, indicat atît în depresiile psihotice, cît şi în cele psihogene şi somatogene de intensitate medie, preferat în tratamentul ambulator; contraindicaţii: deliruri acute, alcoolism cronic, intoxicaţii cu somnifere, sarcină.

705. **ANAMNEZĂ — În psihiatrie** (cf. gr. *anamnesis* „acţiunea de a-şi aminti, amintire") • În concepţia lui PLATON, creatorul termenului, desemna amintirea unor idei contemplate de sufletul omenesc în existenţa sa antepămîntească. În medicină, anamneza s-a dovedit un instrument activ de lucru, nu numai în stabilirea diagnosticului, ci şi în realizarea unei atitudini coerente de tratament şi ca modalitate de predicţie a evoluţiei. Mai mult decît în alte specialităţi medicale, în psihiatrie anamneza nu se poate rezuma la simpla descriere a antecedentelor bolii, la sordida enumerare a episoadelor care au necesitat internare etc. Ea trebuie nu numai să culeagă informaţii privind starea actuală a subiectului, să aprecieze gradul în care el se îndepărtează de axa normalităţii, ci să „nuanţeze" şi anumite repere biografice, care orientează pe psihiatru spre fundalul structurii de personalitate, spre dinamica procesului morbid în desfăşurare şi spre direcţia sa de viitor. Se pare că „nimic nu e mai greu decît stabilirea istoriei subiectului şi a bolii sale" (Y. PELICIER), că selecţionarea discriminativă a multitudinii de informaţii nu se poate realiza decît rareori dintr-o singură examinare. În ciuda aparentei contradicţii dintre incertitudine şi imprecizia pe care varietatea infinită a bolnavilor psihici o înfăţişează psihiatrului (mai ales celui începător), simţul clinic şi instrucţia profesională riguroasă vor reuşi să ţeasă, prin împletirea lor, un cadru ferm, care să reliefeze fiecare detaliu al finei tapiserii ce are valoare numai în ansamblu. Elaborarea unui profil tridimensional al subiectului (psihologic, biologic şi social) nu se poate face cu brutalitatea criteriologică ce riscă să estompeze personalizarea bolii. De aceea, fără să fim adepţii unei anamneze psihiatrice *„pe puncte"*, ni se pare totuşi util ca, din motive de sistematizare şi de spaţiu, să rezumăm situaţiile pe care anamneza le relevă ca încărcate de semnificaţie diagnostică, prognostică şi de angajare terapeutică. Valoarea crescută a anamnezei în patogeneza patodinamică faţă de alte specialităţi şi rolul ei aproape decisiv pentru opţiunile psihiatrului rezultă şi din situaţia particulară a bolnavului psihic, care:

- nu este totdeauna conştient de boala sa;
- nu poate evoca totdeauna istoricul bolii, din cauza stării sale;
- nu oferă totdeauna o expunere logică, inteligibilă sau plauzibilă.

Tabel nr. XV

ANAMNEZA ÎN PSIHIATRIE (criterii orientative)

Obiective propuse	Informații obținute despre bolnav (direct/indirect)	Elemente semiologice și corelații psihopatologice posibile
1	2	3
1. Date biografice	• vîrsta, sexul, profesia ; • relațiile cu părinții (divorț, adopțiune, alcoolismul tatălui etc.) ; • relațiile cu familia (modelul de comportament marital și față de ceilalți membri ai familiei, mediu familial psihotraumatizant) ; • copilăria : infirmitate, carență afectivă și alimentară, carență/exces de autoritate, factori sociali deficitari, atitudini parentale nevrotice	• mențiønări uzuale în fișa de observație ; • mărturisiri uneori dificile ; • gradul de instrucție, deci de comprehensiune ; • sentimente de frustrare/satisfacții ; • condiționări patogene ; • sentimente de inferioritate, de insecuritate, frustrare + nevoi afective crescute
2. Antecedente heredocolaterale (riscul ereditar)	• prezența alcoolismului ; • suicid ; • generalități, arbore genealogic ; • afecțiuni psihice/somatice ale unuia din părinți (necesitînd internare)	• importante în special pentru psihozele schizofrenice și afective
3. Antecedente patologice	• afecțiuni somatice ; • psihoze afective cu un episod depresiv ignorat în tinerețe ; • alte afecțiuni psihice manifeste clinic/subclinic/neobservate	• data debutului nevrozei ; • recăderi ale psihozelor cronice
4. Istoricul bolii actuale	• debut : — brutal, exploziv — secundar altei afecțiuni — lent, progresiv *Observații :* • polimorfismul formelor clinice de debut • severitatea prognosticului este invers proporțională cu „amploarea" tabloului clinic ; • aspectul înșelător al evoluției bolii psihice în condițiile întreruperii intempestive a medicației ; • intensitatea și durata stărilor acute sînt mult reduse astăzi datorită psihofarmacoterapiei	• psihoze afective (depresivă/maniacală) ; • sindrom confuzional (de diferite etiologii) ; • toxicoinfecții ; • boli cardiocirculatorii ; • psihoze cronice ; • psihoze schizofrenice (depresie atipică, sindrom obsesiv, sindrom halucinator delirant) ;

Scanned with OKEN Scanner

Tabel nr. XV (continuare)

1	2	3
5. Modificări în sfera comportamentului	• de obicei, relatări ale anturajului/urmărire penală ; • fugi ;	• crize relaționale ; • structuri dizarmonice ale personalității ; • raptusuri (impulsive, în intoxicații) ; • demența senilă ; • sindromul confuzional postcriză epileptică ; • reacție conflictuală (nevroze) ; • schizofrenie (acțiuni bruște, imprevizibile, fără scop) ; • manie (călătorii intempestive cu diferite mijloace de transport) ;
	• tentative de suicid (ne/reușite, ne/spectaculoase) ; • acte de violență, accidente ;	• de la reacții pînă la psihoze și demențe ; • structuri dizarmonice ale personalității ; • alcoolism ; • furror epilepticus ; • deliruri cronice (gelozie) ;
	Observații : • patologia conducătorilor auto: accese de violență, fugă de la locul accidentului, accidente multiple ;	• labilitate emoțională/alcoolism/ambele ;
	• deturnările de avioane (terorismul internațional) ; • furturi, excrocherii ;	• deliranții persecutați ; • mitomanii ; • sindrom confuzional (demențe, epilepsie etc.) ; • schizofrenie (caracter gratuit);
	• cleptomania ;	• imaturitate psihoafectivă ; • sindrom confuziv-obsesional ;
	• exaltarea erotismului ;	• paraliza generală ; • manie ; • delirul erotomanic ; • schizofrenie (debut) ; • nevroze (unele) ; • structuri dizarmonice ale personalității ;
	• atentat la moralitate ;	• dizarmonici perverși sexuali exhibiționiști, pedofili) ; • demențe ; • sindrom confuzional ; • oligofrenie ; • alcoolism ;
	• incendieri ;	• oligofrenie ; • alcoolism ; • piromania compulsivă ; • mecanism imitativ ;
	• homicid ;	• deliranți cronici (gelozie, persecuție) ; • demențe ; • sindrom confuzional ; • schizofrenie (caracter bizar, absurd);
	• rolul determinant al alcoolismului în creșterea agresivității	

Etapă a actului medical, cu importanță și implicații mai mari decît în orice altă specialitate, anamneza prezintă, în plus, particularitatea de a fi realizată, de cele mai multe ori, în etape care în loc de a fragmenta acest demers, vin să-l întregească pentru a realiza în final acel bilanț de care diagnosticianul are nevoie.

706. **ANAMNEZA ASOCIATIVĂ LIBERĂ** ● Metodă propusă de F. DEUTSCH, pionier al medicinii psihosomatice, în care evenimentele ce pot căpăta o interpretatre psihanalitică sînt cu rigurozitate reținute în cadrul anamnezei aplicate celui suferind de o afecțiune somatică. Această abordare a oferit o serie de demersuri fertile pentru psihanaliză, în deschiderea sa către medicina psihosomatică.

707. **ANAMOX**[M] S.U.A. — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-cloro-11-(1-piperazinil)dibenz/b, f/1,4/oxazepină, cu acțiune antidepresivă care se instalează rapid (absorbție 90 de minute, T 1/2 = 30 h) și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo-și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post infarct miocardic.

708. **ANANCAST** (cf. gr. Ananke) ● Tip de personalitate făcînd parte din grupa „neliniștiților și nesigurilor" (Kurt SCHNEIDER), care „se disting prin lipsa capacității de refulare" (K. LEONHARD). O. KAHN afirmă că nu există un singur tip de anancast și că „singurul criteriu de unificare a anancaștilor ar fi că toți au la bază o nesiguranță generală". Se caracterizează prin ordine, dorință de rigoare și precizie, incapacitate decizională spontană, pedanterie. Lipsa imaginației, dorința de delimitare clară, precizia, seriozitatea cu care privește lucrurile, ca și nevoia internă de a le duce la bun sfîrșit, îl îndreaptă spre o anumită sferă profesională, în care își găsește o perfectă circumscriere: contabilitate, justiție, astronomie, în medicină — neurologia, bibliotecari. Pe plan afectiv se poate nota lipsa de rezonanță și spontaneitate, hipoafectivitatea, ceea ce îl face să aibă un număr mai restrîns de contacte sociale și prietenii. M. LĂZĂRESCU caracterizează pe plan social categoria anancaștilor prin orgoliu ascuns (sub masca modestiei și autodeprecierii) și conștiința morală rigidă. El stabilește acestei familii caracteriologice următoarele subtipuri: aderentul de munca sa, muncitorul orgolios expansiv, clasificatorul colecționar, omul clarelor delimitări, paranoiformul, seriosul funcționar. De notat tendința anancastului de identificare cu funcția sa socioprofesională. Este predispus spre fenomene obsesive de diferite grade de intensitate, cel mai adesea nevrotice.

709. **ANANIEV Boris Gherasimovici** (1916—1972) ● Psiholog sovietic de prestigiu, și-a desfășurat activitatea la Leningrad, fiind preocupat atît de psihologia generală și a copilului, cît și de cea aplicată. Lucrările sale cele mai importante sînt legate de „Limbajul interior", 1946; „Psihologia copilului", 1948; „Psihologia generală", 1954. De o deosebită apreciere s-a bucurat una dintre ultimele sale lucrări (1968) referitoare la caracterul multidimensional al creației și competenței umane.

710. **ANANKE** ● Zeitate greacă a fatalității, mama lui Nemesis (rezultată din cuplul Zeus-Ananke); devine zeița ordinii și echilibrului moral, prin dozarea fericirii și nenorocirii umane, de la fatalitate la echilibru. Ambele zeități au rol în menținerea locului destinat fiecărei ființe și păstrarea măsurii în toate, avînd și atribute de constrîngere și reprimare a manifestărilor ce frizează dizarmonia.

711. **ANAPREL**[M] Belgia, Franța — DCI *Resercinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive, este un marcat hipotensor.

712. **ANAPSIQUE**[M] Mexic — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA[M] România.

713. **ANARA**[M] Ungaria — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BENZEDRINE[M] Canada.

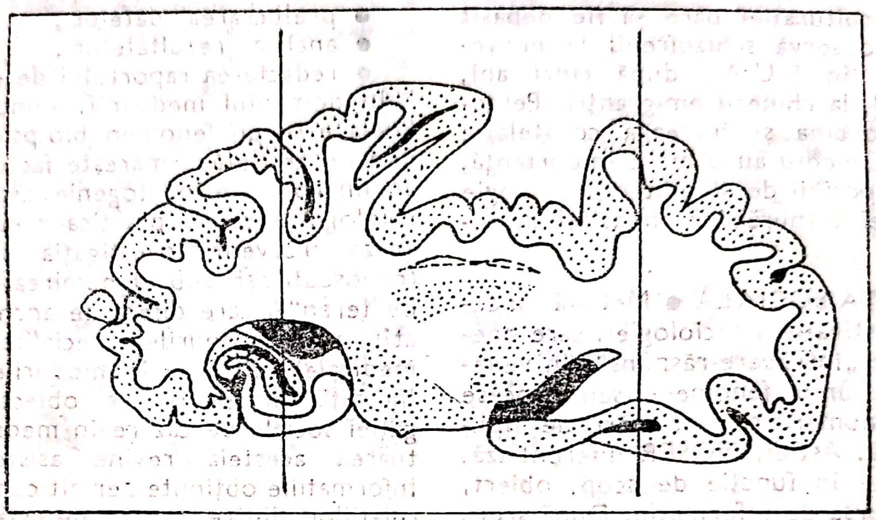
714. **ANARITMERIE** (cf. gr. *a(n)-*; *arithmos* „număr") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACALCULIE.

715. **ANARTRIE** (cf. gr. *a(n)-*; *arthron* „articulație") ● Imposibilitatea articulării cuvintelor, determinată de apariția unei leziuni centrale a ariilor implicate în realizarea vorbirii. Propus de LEYDEN în 1876, termenul este preluat de P. MARIE pentru descrierea afaziei motorii pure. În 1878, KÜSSMAUL va descrie tulburările de acest tip sub numele de afazie ataxică, opusă afaziei amnezice.

În opinia sa antiasociaționistă, P. MARIE va descrie așa numitul patrulater al anartriei, delimitat anterior printr-un plan vertico-

frontal trecînd prin şanţul care desparte F_3 de insula Reil, şi posterior pînă la limitele acesteia, mergînd în profunzime pînă la capsula internă.

Problema apartenenţei anartriei la grupa afaziei sau la cea a apraxiilor suscită încă discuţii, partizanii unităţii afaziilor subliniind faptul că anartria şi alexia nu ar fi decît diverse tulburări



Patrulaterul anartriei.

supraadăugate procesului morbid (HECAEN). HEAD consideră anartria o „afazie verbală" ; în consecinţă, funcţiile nominale (gramaticală, limbajul interior, lectura mintală şi scrisul) ar fi conservate.

După ALAJOUANINE, OBERDANE şi DURAND, trei aspecte se intrică în anartrie : un aspect paretic, unul distonic şi unul dispraxic, realizînd aşa-numitul „sindrom de dezintegrare fonetică". Un ultim aspect este legat de lucrările lui LIEPMANN, care a întrevăzut posibilitatea de a apropia tulburările expresiei verbale de o apraxie a muşchilor vorbirii.

BAY şi NATHAN vorbesc, în acest sens, de anartrie ca de o dizartrie apraxică, iar F. LHERMITTE consideră apraxia doar stadiul iniţial al anartriei. Trecerea mai largă în revistă realizată are scopul de a evidenţia greutăţile legate de circumscrierea acestei tulburări ; ea are totodată rolul de a sublinia diferenţa dintre conţinutul termenului şi aparent facila abordare etimologică.

716. **ANASTOLIA** (cf. gr. *anastoli* „acţiunea de a reprima") ● Termen propus de MONAKOW şi MOURGUE pentru a desemna tipul activităţilor nervoase cu caracter inhibitor. Ei descriu o anastolie simpatică, una antipatică şi una apatică. Conform modelului jacksonian pe care-l susţin, autorii consideră că anastolia este un fenomen negativ în cadrul procesului de dezintegrare.

717. **ANATENAZINE**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Flufenazine enantate* ● Neuroleptic incisiv, cu acţiune de lungă durată $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANATENSOL$^{(M)}$.

718. **ANATENSOL**$^{(M)}$ Brazilia, Italia, Japonia, Olanda — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilofenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoid-halcinatorii, catatonice, depresii agitate. Efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

719. **ANATENSOL DECANOAT**$^{(M)}$ Belgia, Polonia, Olanda — DCI *Flufenazină decanoat* ● Neuroleptic incisiv, cu acţiune de lungă durată $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANATENSOL$^{(M)}$.

720. **ANATENSOL ENANTATE**$^{(M)}$ Australia, Portugalia — DCI *Flufenazină enantat* ● Neuroleptic incisiv, cu acţiune de lungă durată $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANATENSOL$^{(M)}$.

721. **ANATOPISM MINTAL** (cf. gr. *anatopein* „a schimba locul") ● Situaţie psihopatogenă de neadaptare a emigranţilor la noua societate, descrisă de COURBON (1937) la nord-africanii veniţi în Franţa. Fiind o noţiune topologică, trebuie deosebită de aculturaţie, avînd drept caracteristică premisa structurală, spaţială şi vectorială (în sensul lui K. LEWIN). Anatopismul mintal şi izolarea culturală pot antrena tulburări psihice : fenomene deviante, prin adoptarea de comportamente neacceptate

și neacceptabile în noua societate, prin incapacitatea de a achiziționa noile roluri ; tulburări de tip depresiv, de obicei, trenant, uneori însoțite sau manifestate prin cenestopatii, suferințe hipocondriace, reacții paranoide („paranoidul de izolare prin necunoașterea limbii" — WUTT și ALLERS) ; psihoze endogene care pot fi ocluzionate clinic prin situația de anatopism mintal, survenit uneori tardiv, cînd stressul aculturației pare să fie depășit (ODEGAARD observă schizofrenii la norvegienii emigrați în S.U.A., după cinci ani, iar HSIEN RIN, la chinezii emigranți). Personalitatea premorbidă și întreaga constelație a condițiilor de mediu au o mare importanță, fiind practic imposibil de stabilit o cronologie unică a apariției tulburărilor în astfel de situații.

722. **ANCHETA SOCIALĂ** ● Metodă fundamentală de investigație a sociologiei, care operează cu tehnica „întrebare-răspuns", în vederea cuantificării unor fenomene sau procese sociale. Există numeroase clasificări ale tipurilor de anchetă. Astfel, MOSER diferențiază, anchetele sociale în funcție de scop, obiect, cuprindere și sursa de informație. După scop, pot fi descriptive sau explicative, iar după obiect (conținut) vizează o serie de tipuri mari de probleme :

- caracteristicile demografice ale unui grup de oameni (structura familiei, statusul matrimonial, fertilitatea, vîrsta etc.) ;
- mediul social (totalitatea factorilor sociali și economici care influențează persoana, incluzînd aici ocupația și venitul, condițiile de locuit, serviciile sociale) ;
- activitățile în timpul liber ;
- opiniile și atitudinile.

După alte criterii, anchetele sociale pot fi : de explorare (cu accent pe analiza calitativă), de diagnostic (verificarea unor ipoteze și formularea altora), experimentale (manipularea variabilelor, a factorilor și condițiilor de influență). Perimetrul anchetelor sociale poate cuprinde de la cîteva cazuri sau un eșantion riguros selecționat, pînă la grupuri arbitrare. Sursa de informații determină și utilizarea unor anumite tehnici de recoltare a datelor : observația, chestionarul poștal, interviul personal. Ca metodă principală de culegere a datelor, ancheta socială folosește cel mai frecvent două tehnici : interviul și chestionarul. În limbajul comun și, uneori, în practică, se confundă ancheta socială cu investigația socială de caz. Ancheta socială (mai corect, sociologică) presupune parcurgerea sistematică a mai multor etape :

- delimitarea obiectului ;
- preancheta ;
- determinarea obiectivelor și formularea clară a ipotezelor ;
- definirea universului anchetei ;
- alcătuirea eșantionului ;
- alegerea tehnicilor de cercetare ;
- pretestarea instrumentelor de cercetare ;
- definitivarea instrumentelor de cercetare ;
- aplicarea în teren (culegerea datelor) ;
- prelucrarea datelor ;
- analiza rezultatelor ;
- redactarea raportului de cercetare.

În domeniul medicinii, avînd în vedere că boala este un fenomen bio-psiho-social, acest gen de anchetă urmărește factorii sociali care au un rol în etiopatogenie, aspecte de epidemiologie etc. În practica medicală se utilizează frecvent investigația socială de caz (cunoscută și sub denumirea de „cercetare de teren"), care diferă de ancheta sociologică atît prin scopurile specializate (nemijlocit medicale), cît și prin modurile de realizare. Indicația și elaborarea obiectivelor investigației sociale de caz revin medicului, iar efectuarea acesteia revine asistentului social. Informațiile obținute permit cunoașterea interrelațiilor dintre modul de viață și boală, a factorilor sociali care au favorizat apariția și evoluția procesului morbid, a consecințelor bolii asupra mediului social și psihosocial, a eficacității terapiei instituite etc. În acest sens, pot fi întreprinse investigații la domiciliu și la locul de muncă, avînd următoarele obiective (direcții) :

- pentru diagnosticul clinic, compararea acuzelor subiective ale bolnavului cu informațiile obținute de la membrii familiei sau de la colectivul de muncă ;
- pentru diagnosticul funcțional, obținerea unor informații suplimentare asupra deficitului funcțional. Cunoașterea atît a problemelor preexistente îmbolnăvirii, în mediul familial și profesional, cît și a problemelor apărute ulterior contribuie la stabilirea recomandărilor terapeutice și, mai ales, la precizarea indicațiilor de reinserție socială ;
- periodic, pe parcursul terapiei, poate fi urmărită aplicarea indicațiilor de tratament medical și a acțiunilor sociale de care beneficiază bolnavul. În acest sens, investigația vizează problematica socio-familială (structuri și funcții ale familiei, locul și rolul subiectului în cadrul acesteia) și cea socioprofesională (program redus, regim de muncă, amenajare a locului de muncă, absenteism, productivitate, relații și comportament în muncă).

Scanned with OKEN Scanner

Cu toate că ancheta socială constituie o metodă de bază în investigarea universului social, ea nu trebuie absolutizată. Considerînd că în fiecare fapt social apare interacțiunea dintre obiectiv și subiectiv, iar procesele sociale sînt condiționate și determinate de o multitudine de factori, MANEA (1985) sublinia că răspunsurile obținute la întrebările adresate subiecților nu reprezintă decît o imagine a faptului social, reflectată și reprodusă de aceștia în concordanță cu propria lor concepție despre viața socială. Prin urmare, într-o investigație socială științifică nu este suficient ca sociologul sau asistentul social să asculte subiecții și să noteze cu fidelitate răspunsurile lor în vederea unui diagnostic comportamental, adică să preia necritic tot ce se relatează referitor la aspectele analizate, ci să verifice pe cît posibil informațiile cu date obiective. Socialul este o abstracție și poate fi cunoscut prin expresiile sale exterioare: manifestări, acțiuni, opinii, atitudini. Talentul și experiența investigatorului social constau tocmai în capacitatea sa de a observa aceste expresii și de a le da o interpretare proprie.

723. **ANCHOLACTIL**(M) Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CLORDELAZIN(M) România.

724. **ANCHOLIBRE**(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA(M) România.

725. **ANCHONAT**(M) Grecia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM(M) România.

726. **ANCHOSTAN**(M) Grecia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIFLUOPERAZINA(M) România.

727. **ANCOLAN**(M), **ANCOLAXIN**(M) Anglia — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

728. **ANDANTOL**(M) Elveția, Franța, Grecia — DCI *Isotipendil*
ANDANTOL FORTE(M) Italia, R.F.G.
ANDANTON(M) Japonia, Spania
● Derivat ferotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)-10H-pirido/3,2-b//1,4/benzotiazină, cu acțiune dublă: neuroleptic-sedativă și antihistaminică — ambele valențe moderate, dar cu efecte secundare minime, ceea ce le conferă o gamă largă de utilizare.

729. **ANDAXIN**(M) Ungaria, U.R.S.S. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT(M) România.

730. **ANDERS**(B) boală — sin. ADIPOZA DUREROASĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DERCUM(B) boală.

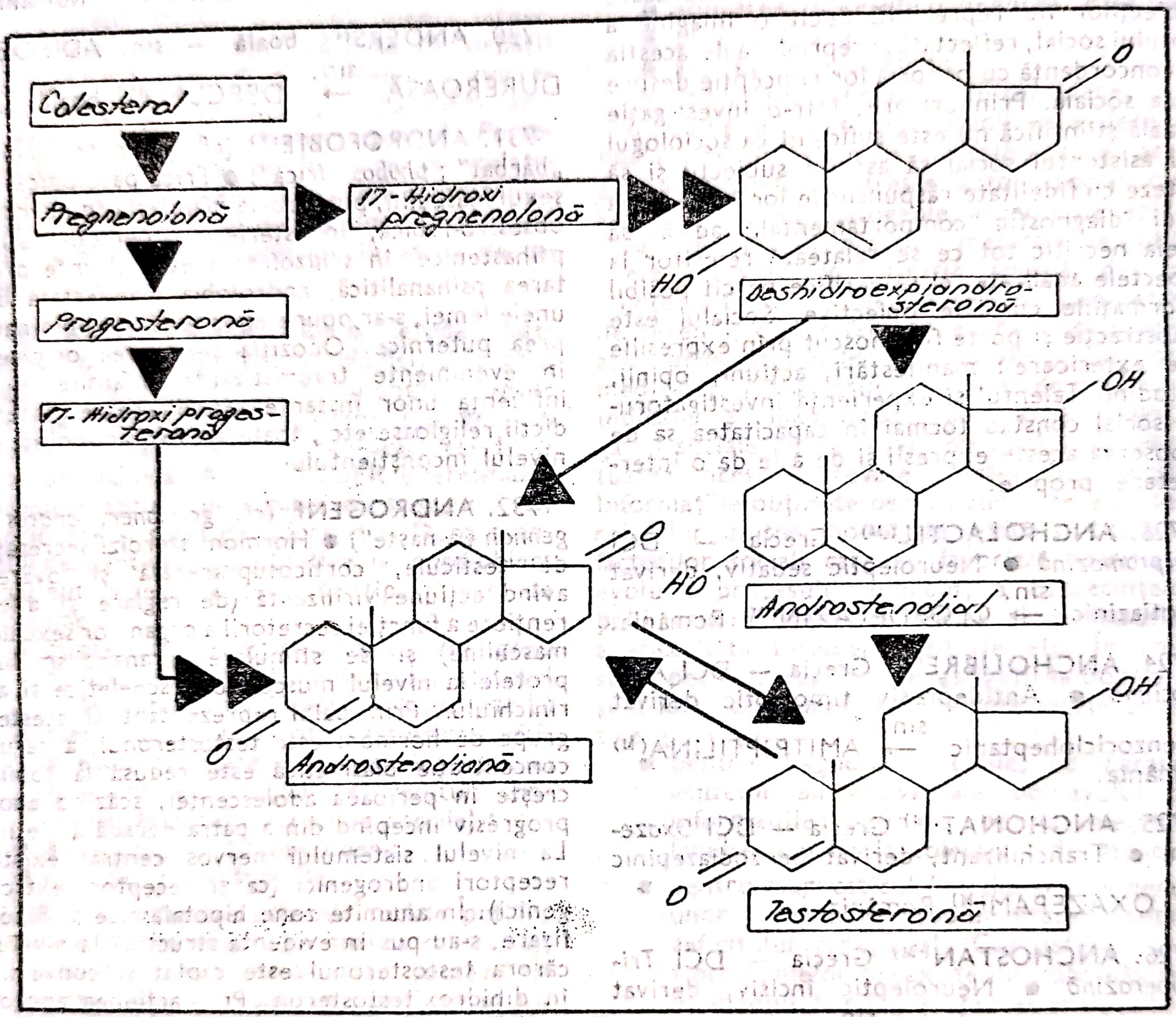
731. **ANDROFOBIE**(F) (cf. gr. *aner*, *andros* „bărbat" ; *phobos* „frică") ● Frică patologică de sexul masculin, putîndu-se manifesta în nevroza obsesivo-fobică, în isterie, la personalitățile psihastenice, în schizofrenie etc. În interpretarea psihanalitică, androfobia manifestată de unele femei, s-ar opune unor tendințe libidinale prea puternice. Opoziția și-ar avea originea în evenimente traumatizante infantile, sub influența unor instanțe moralizatoare, interdicții religioase etc., toate acestea acționînd la nivelul inconștientului.

732. **ANDROGENI** (cf. gr. *aner*, *andros* ; *gennan* „a naște") ● Hormoni steroizi secretați de testicule, corticosuprarenală și ovare, avînd acțiune virilizantă (de reglare și diferențiere a funcției secretorii a organelor sexuale masculine) și de stimulare a anabolismului proteic la nivelul musculaturii scheletice și al rinichiului. Principalul reprezentant al acestei grupe de hormoni este testosteronul, a cărui concentrație plasmatică este redusă la copil, crește în perioada adolescenței, scăzînd apoi progresiv începînd din a patra decadă a vieții. La nivelul sistemului nervos central există receptori androgenici (ca și receptori extrogenici). În anumite zone hipotalamice și hipofizare, s-au pus în evidență structuri la nivelul cărora testosteronul este captat și convertit în dihidroxitestosteron. Prin acțiunea androgenică asupra hipotalamusului, acesta la rîndul său are un rol important în reglarea maturării sexuale, în determinarea comportamentului sexual (la hipogonadici, libidoul și potența sînt scăzute sau absente, dar după tratament substitutiv, ele se încadrează în limitele normalului). Androgenii sînt primii reglatori ai comportamentului sexual masculin, acțiunea lor stimulatoare fiind însă moderată prin influențe educaționale, culturale, sociale. Odată cu înaintarea în vîrstă apare o reducere a funcției endocrine testiculare, tradusă prin steroidogenezii, scăderea nivelului plasmatic al testosteronului, scăderea excreției 17-cetosteroizilor urinari, creșterea gonadotropinelor. Consecința acestor scăderi a hormonilor

Scanned with OKEN Scanner

androgeni este diminuarea libidoului, a masei și forței musculare, fenomene care au condus la introducerea noțiunii de climacteriu masculin. Această perioadă este grevată de multiple fenomene nevrotice (iritabilitate, stare depresivă, diminuarea libidoului, tulburări vasomotorii), terapia androgenică nefiind deosebit de eficace, mai mult chiar, folosirea abuzivă și intempestivă a acestei terapii favorizînd apariția adenoamelor de prostată. La tinerii la care se manifestă o scădere a libidoului și potenței printr-o deficiență funcțională testiculară, terapia androgenică poate avea efecte salutare ; de cele mai multe ori însă, în aceste cazuri, nu este vorba de o disfuncție endocrină propriu-zisă, ci de implicarea factorilor neuropsihici.

Tratamentul cu hormoni androgeni este utilizat în hipogonadism, criptorhidie, tulburări de creștere, osteoporoză, anemie, neoplasm mamar, postmenopauză, neoplasme estrogenodependente.



Biosinteza hormonilor androgeni.

733. ANDROGINIE/ANDROGIN (cf. gr. aner, andros ; gyne „femeie") • Prezența caracterelor sexuale secundare feminine și a unui comportament corespunzător la subiecți care realizează aspectul exterior feminin, deși ca sex sînt bărbați. Este un pseudohermafroditism → BISEXUALITATE.

734. ANDROGINISM PSIHIC • Termen rar folosit pentru desemnarea unui „suflet feminin într-un trup masculin". Unii autori consideră această tulburare ca fiind generatoare a altor tulburări, legate de identificarea sexuală (transvestism, homosexualitate), opinie pe care o considerăm exagerată prin unilaterali-

tatea sa. Această stare particulară poate fi observată adesea în perioada pubertară, la subiecţi care ulterior au o corectă orientare sexuală. Termenul, cu o conotaţie redusă în psihiatrie, este folosit uneori cu notă peiorativă în literatură (disputa Topîrceanu-Lovinescu)

735. **ANDROGENITATE** (cf. gr. *aner, andros* ; *gyne*) ● Termen preluat din antropologia culturală, desemnind anumite ritualuri practicate de unele societăţi primitive, prin care individului considerat a avea iniţial un potenţial sexual bipolar, i se atestă în mod „oficial" apartenenţa la unul din sexe. Ritualul este constituit din simbolizarea „modelării" în sensul sexului respectiv. După consumarea acestui ritual, individul va primi locul respectiv în cadrul grupului etnic local şi va avea obligaţii conforme sexului său. Termenul nu se referă la hemafroditismul biologic, ci la cel cu care este investit individul înaintea ritualului de atestare a sexului, în cultura societăţii respective.

736. **ANDROMANIE** (cf. gr. *aner, andros* ; *mania* „nebunie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CYTEROMANIE ; ESTROMANIE ; FURIE UTERINĂ ; METROMANIE ; UTEROMANIE $\xrightarrow{\text{sin}}$. NIMFOMANIE.

737. **ANDROPAUZĂ** (cf. gr. *aner, andros* ; lat. *pausa* „repaus") — sin. CLIMACTERIU VIRIL (termen introdus de MANDEL şi MARCUSE) ; CLIMACTERIU MASCULIN ● Reprezintă o perioadă critică în dezvoltarea vieţii bărbatului, expresie a interacţiunii subiectului cu mediul bio-psiho-social, marcîndu-i profund întreaga structură somatopsihică. Existenţa andropauzei este contestată încă şi astăzi de unii autori, iar alţii nu au ajuns la un consens privind localizarea acestei perioade în ontogeneză, deşi sînt de acord că apare mai tîrziu decît climacteriul la femei. După BLEULER, ea coincide cu presenilitatea şi senilitatea. Pentru şcoala românească de endocrinologie, cîmpul de variaţie poate fi apreciat la maximum zece ani : între 50—60 de ani. Andropauza este un proces lent, în care se desfăşoară fenomene biologice caracteristice : scăderea pînă la dispariţie a activităţii gonadelor, regresiunea caracterelor sexuale secundare, restructurarea modelului neuropsihic vegetativ, metabolic şi funcţional al perioadei adulte. Procesul interesează deci organismul în întregime, iar insuficienţa orhitică ocupă un loc inegal ca durată, incidenţă şi intensitate.

La individul sănătos, tulburările survin dincolo de vîrsta de 60 de ani, dar la cel cu constituţie hipoorhitică apar prematur, în funcţie de intensitatea tulburărilor endocrine, vegetative, metabolice, neuropsihice şi viscerale. În cazul că acestea depăşesc limitele unei etape ontogenetice, unii autori circumscriu un sindrom climacteric viril (MILCU).

Tulburările psihice se caracterizează prin stări depresive, uneori severe, apropiate de intensitatea psihotică, iritabilitate, tulburări mnezo-prosexice, insomnii sau somnolenţă, tendinţă de a amplifica în sens negativ evenimentele comune ale existenţei. Tulburările neurogetative — valuri de căldură, ameţeli, parestezii, palpitaţii, tahicardie, prurigo — conduc deseori la fenomene dezadaptative sau chiar la tentative suicidare. Trebuie diferenţiate tulburările psihice de tip depresiv-anxios din andropauză, de cele din demenţele presenile, care sînt independente de viaţa sexuală sau de anumite hipofuncţii psihice de natură organică. Patologia viscerală constă în acutizarea unor suferinţe cronice sau apariţia unor visceropatii necunoscute în trecutul morbid al individului. Tulburările endocrino-metabolice sînt reprezentate de hipo- sau hiperfuncţia unor glande endocrine, apariţia leziunilor atero- şi arteriosclerotice, a modificărilor serice ale lipidelor, colesterolului, acidului uric, glucozei. Primul loc îl ocupă însă disfuncţia şi, în final, insuficienţa gonadică, proces care se desfăşoară mai lent ca la femei. Scade producţia de hormoni androgeni, spermatogeneza şi creşte numărul de spermatozoizi anormal conformaţi. Apar modificări ale comportamentului sexual. Astfel, după 50 de ani, perioada refractară a răspunsului sexual se prelungeşte, dublîndu-se sau triplîndu-se faţă de tineri. După 60 de ani erecţia se face mai lent, mai dificil, congestia vasculară este mai puţin intensă, erecţiile incomplete sînt frecvente, ejaculările se fac rapid, lipsesc sau nu au putere expulzivă. Scade intensitatea orgasmului şi numărul de contracţii orgasmice. Reducerea potenţei la bătrîni implică însă — pe lîngă factorii hormonali — factori vasculari (irigaţia sanguină a zonei) şi factori neurogeni. Sexualitatea vîrstnicilor este influenţată şi de factori externi : de mediu, familiali, sociali etc. O viaţă sexuală regulată asigură un ritm sexual satisfăcător timp îndelungat. Stresul, oboseala, surmenajul, bolile determină reducerea timpurie şi semnificativă a activităţii sexuale. O corelaţie netă între insuficienţa gonadică şi modificările neurovegetative apărute la vîrstnici nu poate fi însă cert stabilită, deoarece tehnicile moderne de dozări hormonale evidenţiază niveluri normale ale testosteronului plasmatic pînă la 60 de ani, în general, sau chiar pînă la 80 de ani. Cu vîrsta, creşte capacitatea de legare a testosteronului, cu scăderea concentraţiei testosteronului liber (considerat

ca indice al androgenității). În schimb, nivelul estrogenilor plasmatici crește în mod evident. În senescență, răspunsul testicular la stimuli exogeni (gonadotropi exogeni) se realizează prin creșterea producției de testosteron, fără a atinge însă valorile adultului sănătos. Diminuarea activității sexuale, care începe în mod normal din epocile anterioare senescenței, devine mai evidentă după al șaptelea deceniu de viață. După VERWOERDT și colaboratorii, 20% din bărbații trecuți de 80 de ani sînt încă activi din punct de vedere sexual, fapt la care concură o serie de factori : ereditatea, traiectul fiziopatologic, tonusul sistemului neuroendocrin, factorii psihologici și sociali (profesia anterioară, statutul marital, statutul social). Declinul activității sexuale nu este urmat îndeaproape de diminuarea interesului sexual, care se produce mult mai lent, uneori putînd persista pînă la vîrste foarte înaintate, iar alte ori putîndu-se chiar exacerba. În concepția lui DESTREM, erotismul la vîrsta înaintată poate îmbrăca diverse forme de manifestare, în unele cazuri devenind un comportament patologic (nu ne propunem să analizăm în acest cadru erotismul ca urmare a bolii psihice).

738. **ANECFORIE** (cf. gr. *a(n)-* ; lat. *ecfero* „a scoate afară, a dezvălui, a exprima") ● Dismnezie calitativă, constînd în posibilitatea evocării unor amintiri pe care subiectul le credea uitate, reproducere posibilă cu ajutorul anturajului, ce sugerează sau amintește subiectului anumite fragmente ale acestor amintiri. Este o tulburare minoră de memorie (comparată de unii autori cu „ridicarea vălului" care acoperă amintirea) și apare în stări de surmenaj, dar mai ales în cadrul patologiei mnezice a stărilor predemențiale și demențiale.

739. **ANEJACULARE** (cf. gr. *a(n)-* ; lat. *ejaculari* „a zvîrli, a proiecta") ● Tulburare în dinamica sexualității masculine, caracterizată prin întîrzierea pînă la absență a emisiei, a ejaculării sau a ambelor, la o stimulare sexuală preliminară adecvată. Factorii organici nu sînt cel mai adesea identificabili, anejacularea fiind de cele mai multe ori psihogenă. Ejacularea deficitară poate avea drept cauze psihogene experiențele sexuale precoce traumatizante, aderarea la principii morale sau religioase restrictive față de sexualitate și generatoare a sentimentelor de vinovăție și anxietate în raport cu acestea, situații de dizarmonie maritală (cel mai frecvent). Există și unele medicamente (de exemplu : butirofenonele, antidepresivele, triciclice, tioridazina) care amînă sau suspendă ejacularea, efect al cărui revers terapeutic este folosit în tratamentul ejaculării precoce.

740. **ANELUN COMPOSITUM**[MC] Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează. Este compus din :

- AMITRIPTILINA[M] — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PROTRIPTILINA[M] — timoleptic, derivat cicloheptanic.

Are acțiune antidepresivă.

741. **ANEMIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *aima* „singe") ● Poate constitui o entitate nozologică de sine stătătoare sau o manifestare secundară în cadrul altor boli, fiind caracterizată prin scăderea anormală a valorilor hemoglobinei, eritrocitelor și hematocritului, fapt care determină scăderea capacității de transport a oxigenului spre țesuturi. Factorii etiologici sînt multipli : pierderi sanguine, hemoliză crescută, producție insuficientă de hemoglobină și hematii. Tabloul clinic al oricărei anemii cuprinde semne comune, datorate scăderii hemoglobinei circulante și semne specifice fiecărui tip de anemie. Intensitatea simptomelor depinde de gravitatea și viteza de instalare a anemiei. Simptomele comune ale anemiilor constau în paloarea tegumentară și a mucoaselor, tulburări cardiocirculatorii și respiratorii, tulburări gastrointestinale, hormonale și neuropsihice, acestea din urmă interesîndu-ne cu precădere. În cazul hemoragiilor (uterine, digestive, hemoptizii etc.) simptomatologia psihică cuprinde, în funcție de intensitatea și durata hemoragiei, fie numai simple fenomene de intensitate nevrotică, predominente fiind tulburările de echilibru, fie, ca urmare a unei mari suferințe a celulei nervoase, stări confuzionale. În cazul anemiilor datorate deficitului hematopoetic, pe lîngă sindromul specific (mai ales în cazul anemiei megaloblastice) se descrie și un sindrom neurologic, precum și unul psihic, în care predomină anxietatea și depresia. În stările terminale ale anemiilor, simptomatologia psihică este determinată în special de modificări ale stării de conștiență, cu manifestări confuzo-onirice, mai rar sub forma sindromului paranoid, uneori cu comiterea de acte ce au implicații medico-legale. Intervenția terapeutică vizează, în primul rînd, afecțiunea de bază — hemoragia și/sau anemia — a cărei ameliorare atrage după sine remisia simptomatologiei psihice. Uneori, se impune și un tratament cu psihotrope de tip ortotimizant, anxiolitic.

742. **ANEMIE CEREBRALĂ** ● Termen rar utilizat și impropriu, pentru a denumi atît reducerea debitului sanguin cerebral — scădere rezultată în urma unor sindroame hemoragipare și a anemiilor secundare — cît și fenomenul de hipoxie cerebrală, ca efect al unor anemii primare.

743. **ANEMIE DE FOAME** → tulburări psihice $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LUCY-WILIS[D] boală.

744. **ANEMOFOBIE**[F] (cf. gr. *anemos* „vînt"; *phobos* „frică") ● Formă rară de fobie desemnînd frica de curenți de aer, de mișcarea unor mase mari de aer (vînt, ciclon, uragan etc.) ; de fapt, subiectul exagerează consecințele pe care aceste fenomene naturale le-ar putea avea asupra sănătății sale. Nu are în sine o valoare patologică deosebită, „*frica de curent*" fiind frecvent și banal intîlnită.

745. **ANERGASIE** (cf. gr. *a(n)*- ; *ergasia* „lucru, forță") ● Termen semnificînd o diminuare în funcția unui organ. Prin extindere, A. MEYER — în sistemul său ergaziologic — îl atribuie sindroamelor psihiatrice asociate unei patologii lezionale cerebrale (pentru acest autor, psihozele cu substrat organic cerebral reprezintă „tipuri de reacție anergasică"). Nu a fost păstrat ca atare de limbajul psihiatric modern.

746. **ANERGIE** (cf. gr. *a(n)*- ; *ergon* „acțiune") ● Pierderea capacității de reacție a organismului; cu scăderea consecutivă a posibilității sale de apărare împotriva unor agenți nocivi. În clinica psihiatrică este folosit uneori în sensul de lipsă de energie.

747. **ANEROTISM** (cf. gr. *a(n)*- ; *eros* „iubire") — sin. NEGATIVISM SEXUAL (HIRSCHFELD) ● Absența interesului față de obținerea plăcerii sexuale, cu origine probabil într-o insuficiență gonadică. Nu exclude nicidecum posibilitatea realizării unui act sexual normal, dar îl privează de atributul de senzualitate și, mai mult, poate sta la originea unor sentimente de aversiune față de activitatea sexuală în general.

748. **ANEROSIE** (cf. gr. *a(n)*- ; *eros*) ● Termen livresc care semnifică, în viziunea unor autori, absența instinctului sexual fără precizarea cauzelor. Este practic inutilizabil datorită ambiguității lui excesive.

749. **ANEROXINA**[M] Mexic → DCI Fentermină ● Psihostimulent derivat feniletilaminat de tip α, α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

750. **ANESTEZIE** (cf. gr. *a(n)*- ; *aisthesis* „senzație") ● Absența (patologică sau prin suprimare temporară medicamentoasă), a sensibilității ; poate fi globală (pierderea tuturor formelor de sensibilitate), sau parțială (disociată, ca în termanalgezia din siringomielie, în sindromul indiferenței congenitale la durere, în neuropatii, secționarea de nervi, polinevrite, tumori, afecțiuni vasculare etc.). Anestezia isterică, spre deosebire de cele descrise mai sus, se caracterizează prin prea multă fantezie, bogăția imaginativă a structurii personalității isterice punîndu-și amprenta și asupra tabloului clinic ; zonele lipsite de sensibilitate dureroasă devin insensibile și pentru senzațiile tactile, termice etc., pierzîndu-se totodată și distribuția topografică a inervației. Uneori, folosind manevre sugestive, poate fi izolat în plină zonă lipsită de sensibilitate, un punct hiperalgic, a cărui localizare este inexplicabilă anatomic. Proba stereognoziei este însă totdeauna normală în anestezia pitiatică.

Frecvent intîlnită în psihopatologie este anestezia psihică, constînd în diminuarea sau abolirea facultativă sau circumstanțială a reactivității emoțional-afective, concomitent cu corespondentul lor comportamental la stimulări exoendogene. Este o insensibilitate de ordin emoțional-afectiv sau o pierdere a capacității de rezonanță la stimuli afectogeni. Trăirea negativă (neplăcută) de către subiect a suprimării reacțiilor afective definește anestezia psihică dureroasă. Se întîlnește în schizofrenii, depresii reactive și endogene etc.

Ca metodă tearpeutică sau exploratorie, anestezia este folosită în chirurgie prin intermediul unor tehnici speciale, care realizează o suprimare temporară și complet reversibilă a sensibilității, putînd fi regională, generală sau locală.

751. **ANESTEZIE AFECTIVĂ** ● Termen introdus de E. MINKOWSKI în 1946 și încadrat de acesta în grupul de tulburări ale afectivității prin epuizare. Definește o stare psihoafectivă particulară, observată la unii subiecți (mai ales copii) eliberați după o lungă perioadă de detenție ; este o deficiență de socializare, dominată de o neîncredere plină de anxietate, apropiindu-se uneori, din acest punct de vedere, de reacțiile paranoice. Numiți inițial „copii de la Buchenwald" aceștia se caracterizează prin lipsa tonalității afective, a interesului față de viață ; neîncrederea pronunțată și pli-

nă de teamă față de cei din jurul lor determină reacții impulsive primitive.

Subiectul relatează situațiile stressante prin care a trecut cu cea mai deplină nepăsare, reflectată atît în tonul cît și în mimica ce însoțește descrierea. Examinatorul are impresia existenței unui paravan între el și subiectul examinat, paravan ce îl împiedică să-i analizeze psihicul, datorită absenței componentei afective modulatoare în comunicare. Ulterior, s-a observat că, la tinerii care au fost integrați într-un colectiv, s-a produs o remisiune aproape integrală, la nivelul unei reactivități afective normale, în interval de cîțiva ani.

752. ANESTEZIE EMOȚIONALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MINKOWSKI(S) sindrom.

753. ANETIC (cf. gr. *a(n)-* ; *ethos* „obicei, moravuri") ● Etica este o ramură a filozofiei al cărei domeniu îl constituie morala, normele care reglementează relațiile dintre oameni, atitudinea lor față de societate, față de o anumită clasă, față de stat, familie etc. Categorii ale eticii sînt : datoria, conștiința morală, onoarea, demnitatea, fericirea.

Anetic — este termenul care definește absența simțului etic, a inhibițiilor morale. A fost utilizat de KARPMAN (1949) pentru definirea personalității dizarmonice de tip antisocial. După opinia sa, acesta ar fi grupul din care ar proveni așa-numiții criminali habituali, manifestînd ca modalități de reacție patologică agresivitatea, egocentrismul, comportamentul sexual narcisic — care nu pot fi influențate psihoterapic.

754. ANETOPATIE (cf. gr. *a(n)-* ; *ethos* ; *pathos* „suferință") ● Termen introdus de B. KARPMAN (1941) pentru a defini personalitatea dizarmonică idiopatică (primară, constituțională, esențială, genuină), în opoziție cu personalitatea dizarmonică simptomatică. Anetopatia se caracterizează în primul rînd prin absența cenzurii etico-morale, determinată probabil genetic, prin incapacitatea de a achiziționa comportamente și atitudini socialmente adaptate, de unde rezultă un potențial deviant important. Egocentrismul și egoismul îl determină pe anetopat să acționeze inadecvat în mod repetat în absența unui motiv acceptabil, în toate sferele comportamentului, inclusiv cea sexuală. Anetopatia reflectă concepte ale secolului al XIX-lea, aparținînd lui DUPRÉ („constituție perversă"), MOREL („nebunie morală", „nebunie ereditară"), GRIESINGER, SCHÜLLE, KRAFFT-EBING („nebunie impulsivă", „nebunie morală"), CAMPAGNE („insensibilitate etică"), PRICHARD („boală morală"), LOMBROSO („delincvent înnăscut"), MAUDSLEY („temperament bolnav") și are un sens limitativ, identificînd în final dizarmonia primară („de nucleu") cu personalitatea antisocială.

755. ANEURAL(M) R.F.G. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT(M) România.

756. ANEURINA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TIAMINA.

757. ANEVRISM (cf. gr. *aneurysma* „dilatare") ● Dilatație permanentă a peretelui arterial, avînd drept cauză traumatisme, ateroscleroză, infecții (lues), care scad rezistența peretelui vascular. Practic, nici o arteră nu este exclusă de la posibilitatea de a prezenta unul sau mai multe anevrisme : anevrismul aortei, situat în porțiunea sa toracică sau abdominală, este deseori de origine luetică ; la nivelul arterei renale, anevrismul poate fi congenital sau secundar procesului aterosclerotic, luesului sau unei necroze idiopatice ; anevrismul disecant, este, mai degrabă, un hematom intramural, rezultat prin clivarea peretelui arterial de către ateroame ; anevrismul traumatic se poate produce prin leziuni de tip traumatic la nivelul vasului. Anevrismele intracranine sînt incluse de către ARSENI (1978) în cadrul malformațiilor vasculare cerebrale neurochirurgicale, apreciindu-se că ele reprezintă pînă la 10% din procesele expansive intracraniene (în grupa cărora sînt asimilate datorită evoluției clinice). Marea majoritate a anevrismelor intracraniene nu depășesc 1—2 cm în diametru și provoacă, de obicei, hemoragii subarahnoidiene la nivelul bazei craniului ; anevrismele masive nu sînt frecvente, dar prezența lor poate duce la mari dificultăți de diagnostic diferențial. Nu rareori semnele de compresiune nervoasă (de focar) care atrag atenția clinicianului reprezintă, de fapt, efectul de acumulare a sîngelui într-un hematom în jurul anevrismului.

Ca etiologie, anevrismele intracraniene sînt : congenitale, arteriosclerotice, micotice și, excepțional, luetice, reumatismale sau traumatice. Trecerea sîngelui prin anevrism poate continua netulburată sau pot apărea procese de tromboză sau de recanalizare : pereții săi se pot fisura sau rupe, provocînd hemoragii apropiate sau hematoame la distanță. Simptomatologia clinică a anevrismelor intracraniene poate fi sistematizată în : simptome generale, date de ruptura anevrismului ; simptome de focar, date de compresiunea directă a forma-

Scanned with OKEN Scanner

ţiunilor nervoase vecine cu anevrismul; simptome la distanţă, consecutive tulburărilor vasculare declanşate de anevrism. Cel mai bine cunoscute sînt anevrismele situate în porţiunea intracavernoasă a carotidei interne ; prin compresiunea pe care o exercită pe formaţiunile nervoase învecinate, ele pot genera oftalmoplegie sau hipoanestezie în teritoriul nervului trigemen, sau exoftalmie pulsatilă, în cazul unei rupturi. Anevrismele situate în porţiunea anterioară a poligonului lui Willis se rup ceva mai frecvent, generînd hipertensiune intracraniană şi tulburări vizuale, cefalee, un grad variabil de demenţă şi dificite ale diverşilor nervi cranieni. Chiar nerupte, anevrismele arterelor vertebro-bazilare se exprimă clinic printr-o simptomatologie ce sugerează fie scleroza multiplă, fie o tumoră de fosă posterioară, fie fenomene ischemice în teritoriul vertebrobazilar. Varietatea tulburărilor clinice îl pune în incurcătură uneori pe psihiatru, putînd determina etichetarea ca depresiv a unui subiect hipomimic, bradilalic, care acuză ameţeli şi cefalee. Cu ocazia unui efort sau a unor procese congestive cerebrale, 50—70% din anevrisme se rup, jumătate din bolnavi mor în 48 de ore, restul rămîn cu diferite sechele (grave sau minore). Examenele paraclinice care ne pot fi de ajutor în diagnosticarea unui anevrism sînt: fundul de ochi, examenul LCR, radiografia craniană (profil), arteriografia (metoda de elecţie), ventriculografia.

758. **ANEXATE**[M] S.U.A. — DCI *Mefenorex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N-(3-cloropropil)-α-metilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice reduse şi bune performanţe anorexigene ; util în tratamentul adjuvant NL.

759. **ANFAMON**[M] R.F.G. — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANOREX[M] Franţa.

760. **ANGAJARE A EULUI** ● Modalitate de mobilizare a componentelor motivaţionale şi atitudinale ale Eului în activităţi susţinute, care perpetuează un comportament adecvat în acest sens ; motivaţia iniţială, mai mult sau mai puţin puternică, va declanşa la individ o nevoie de acţiune ce va antrena, la rîndul său, un model comportamental complex de relaţionare între subiecţi şi diversele obiecte sau persoane din mediu. Termenul, utilizat în special de psihosociologie, contribuie la aprecierea eficienţei funcţionale a relaţiei subiect-motivaţie-acţiune pe plan social.

761. **ANGAJARE MORALĂ** ● Problematică izvorînd din istoria filozofiei, din confruntarea perpetuă a materialismului cu idealismul, reflectînd poziţia pe care o ocupă individul în raport cu dialectica obiectivă a aspiraţiilor şi grupurilor sociale. Atitudine implicînd adeziunea deplină la un ideal, la o concepţie ideologică, completată de acţiunea de promovare şi militare în vederea atingerii scopului iniţial propus. Realizarea unei asemenea opţiuni presupune o dăruire pe plan afectiv, care să constituie suportul translaţiei motivaţionale, astfel încît interesele personale să coincidă cu cele sociale. Curentele idealist-subiective, ca personalismul, existenţialismul sau chiar structuralismul, exclud angajarea morală din cadrul social determinat şi determinant.

762. **ANGAJARE**[S] **sindrom** ● Clinic, se caracterizează prin semne de hipertensiune intracraniană: redoarea cefei, opistotonus, abolirea reflexelor tendinoase, semnul Babinski bilateral, cefalee intensă persistentă, vărsături, alterarea progresivă a cunoştinţei pînă la comă profundă. Este determinat de angajarea amigdalelor cerebeloase prin gaura occipitală sau hiernerea lobului temporal prin fanta lui Bichat, secundar creşterii tensiunii intracraniene. Angajarea determină, secundar, o creştere rapidă a tensiunii intracraniene. Are ca etiologie orice proces expansiv intracranian.

763. **ANGIOFACOMATOZA RETINOCEREBELOASĂ** (cf. gr. *angeion* „vas" ; *phakos* „obiect de formă lenticulară") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPPEL-LINDAU[S] sindrom.

764. **ANGIOFOBIE**[F] (cf. gr. *angeion-* ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PNIGOFOBIE[F].

765. **ANGIOGLIOM** (cf. gr. *angeion* ; *gloios* „clei") ● Formaţiune tumorală aparţinînd vaselor din ţesutul nervos, în care intră elemente vasculare şi elemente gliale astrocitare sau oligodendrogliale ; tulburările psihice semnalate sînt multiple, fiind specifice zonei de localizare a tumorii.

766. **ANGIOGRAFIE** (cf. gr. *angeion* ; *graphein* „a scrie") ● Metodă care foloseşte introducerea unei soluţii radioopace în vasele care vascularizează creierul, permiţînd în acest fel vizualizarea acestora în imagini radiologice seriate. Prin cateterizare femurală pot fi studiate selectiv arterele carotidă şi vertebrală. Metoda este indicată în suspiciunea

unei leziuni focale de tip proliferativ sau existența unui anevrism sau a altei malformații vasculare. Diagnosticul de neoplasm este susținut angiografic de modificări ale topografiei vasculare sau de existența unei zone cu o vascularizație de neoformație. Acest aspect caracterizează în special glioblastoamele și meningioamele. Hematoamele și abcesele deplasează vasele, ca și neoplasmele, dar nu apar zone de hipervascularizație. Hematoamele sub- și epidurale se pun în evidență cel mai bine în incidențele anteroposterioare.

Metoda este grevată de apariția, la circa 2% din pacienți, a unor complicații serioase (accidente și incidente), de tipul ischemiei sau infarctizării cerebrale.

În tehnica angiografiei a fost introdusă în ultima perioadă o nouă tehnică intitulată „Digital intravenous substraction angiography" (DIVA) care folosește analiza digitală a datelor obținute prin angiografie, cu ajutorul calculatorului. Datele obținute prin radiografii anterioare introducerii substanței de contrast sînt comparate cu cele din timpul introducerii (cele două imagini „se scad" prima din a doua), realizîndu-se angiograma care este înregistrată pe un sistem video. Se obțin astfel relații deosebite despre proprietățile țesutului arterial → ARTERIOGRAFIE CEREBRALĂ.

767. **ANGIOKERATOZA DIFUZĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FABRI[B] boală.

768. **ANGIOMATOZA ENCEFALO-TRIGEMINALĂ** (cf. gr. *angeion*) — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZA MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZA CEREBRALĂ ; KALISCHER[S] sindrom ; KRABBE[S] sindrom ; LAWFOR[S] sindrom ; MILLES[S] sindrom ; NEUROANGIOMATOZA ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI[S] sindrom ; SCHIRMER[S] sindrom ; STURGE[S] sindrom ; STURGE-WEBER-DIMITRI[S] sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT[S] sindrom ; WEBER[S] sindrom ; WEBER-DIMITRI[S] sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE[B] boală.

769. **ANGIOMATOZĂ RETINO-CEREBELOASĂ** — sin. ANGIOFACOMATOZA RETINO-CEREBELOASĂ ; ANGIOMATOZA RETINEI ; ANGIORETICULOM ROUSSY-OTERLING ; HEMIOANGIOBLASTOM CUSHING ; HIPPEL-CZERMAK[S] sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPPEL-LINDAU[B] boală.

770. **ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BONNET-DECHAUME-BLANC[S] sindrom.

771. **ANGIONEVROTIC** — edem (cf. gr. *angeion ; neuron* „nerv") — sin. BANNISTER[B] boală ● Edem cu instalare rapidă și localizare variabilă, mai frecvent facială, în determinismul căruia sînt implicate mecanisme alergice, neurovegetative și o predispoziție ereditară. Apare, de obicei, la subiecți cu manifestări nevrotice în antecedente sau în evoluție.

772. **ANGIONEVROZĂ** (cf. gr. *angeion ; neuron*) ● Ansamblu simptomatologic alcătuit din asocierea tulburărilor vasomotorii de tip vasoconstrictor (sindrom Raynaud, sindrom cervicotoracic de ieșire, acrocianoză) sau vasodilatator (eritromegalie), cu manifestări de tip nevrotic (de primă apariție sau preexistente — evidențiate în antecedente). Tulburările vasomotorii sînt cert legate de factorul psihogen. Se descrie și o angionevroză profesională, apărută la unii dintre subiecții care lucrează la temperaturi scăzute, în medii cu vibrații puternice sau în prezența hidrocarburilor ; constă în fenomene de distonie vasomotorie localizate mai ales la nivelul miinilor.

773. **ANGIOPATIE** (cf. gr. *angeion ; pathos* „suferință") ● Suferință nespecifică a vaselor (mai ales arteriale), care se poate particulariza în funcție de circumstanțele etiologice : hipertensiune, diabet zaharat, traumatisme retiniene, depunere de amiloid etc. Ultima formă de angiopatie a fost descrisă pentru prima dată de MOREL, în cazurile de demență senilă, cu localizarea depunerii de amiloid la nivelul tunicii medii a arterelor cerebrale, pe care autorul le-a considerat legate etiologic de această suferință.

774. **ANGIOPATIE RETINIANĂ** ● Modificări vasculare la nivelul vaselor retiniene consecutive hipertensiunii arteriale și arteriosclerozei. Sînt deosebit de utile psihiatrului în practica curentă.

Elementele etiopatogenice sînt, pe cît de numeroase, pe atît de neconcludent elucidate ; admițînd opinia potrivit căreia există o asociere între boala hipertonică și arterioscleroză, HTA fiind stadiul incipient al aterosclerozei cerebrale (FROS, BOTTON, HE-

TENY citați de PREDESCU), oferim o prezentare paralelă a elementelor unui diagnostic pozitiv, atît pentru arteriopatia retiniană hipertonică (hipertensiunea arterială), cît și pentru arteriopatia retiniană sclerogenă (ateroscleroza cerebrală), în următorul tabel :

Tabel nr. XVI

	Angiopatie HTA	Angiopatie ASC
Fundul de ochi		
● pupila	fără modificări	fără modificări*
● vasele	cu modificări	cu modificări**
● macula	fără modificări	degenerescență
Polul anterior		prezente/evidente
● manifestări funcționale	absente/posibile	
Funcția optică	fără deficit	cu deficit***

* normal colorată, roșu cu contur bine delimitat ;
** arterele îngustate cu reflex marcat, venele dilatate sinuoase, încrucișările cu semnul Sallus-Gunn prezent ;
*** deficitul este, de obicei, marcat, de la scotom la cecitate.

Diagnosticul diferențial se face atît între angiopatia hipertonică și cea sclerogenă, cît și între ambele forme în raport cu alte afecțiuni. Diagnosticul diferențial între angiopatia hipertonică și cea sclerogenă se realizează prin următoarele trei elemente de bază :

- hemoragiile și exudatele — prezente în hipertensiunea arterială, absente în arterioscleroza cerebrală ;
- degenerescența maculară — prezentă în aterioscleroza cerebrală, absentă în hipertensiunea arterială ;
- deficitul funcției optice — prezent în arterioscleroza cerebrală, absent în hipertensiunea arterială.

Diagnosticul diferențial al angiopatiilor retiniene (hipertensiunea arterială și arterioscleroza cerebrală) se face cu :

- retinopatia angiospastică cerebrală, prin prezența edemelor (aspect de pseudopapilită) și prin caracterul trecător al amaurozei ;
- embolia arterei centrale a retinei, prin edemul alb-lăptos care respectă macula (roșie), prin prezența scotomului central și prin sediul unilateral al ambelor manifestări ;
- tromboza venei centrale a retinei, prin aspectul de papilă tulbure, prin prezența hemoragiilor și prin sediul unilateral ;
- neuroretinopatia hemoragică, prin hemoragie redusă (paradoxal) și, mai ales, prin exsudatul caracteristic „în stea" ;
- retinopatia albuminurică și cea diabetică prin debutul brusc, aspectul mai mult de uveită, cît și prin prezența albuminei sau a glucozei (în funcție de forma albuminurică sau cea diabetică) ;
- sindromul Foster-Kennedy, prin aspectul diferit al celor doi globi oculari : unul cu edem, celălalt cu atrofie optică ;
- pseudonevrita hipermetropică, prin edemul fără hemoragie, însoțit de prezența viciului de refracție.

775. ANGIORETICULOM ROUSSY-OBERLING[S] sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPPEL-LINDAU[S] sindrom.

776. ANGIOTENSINA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ RENINA.

777. ANGIUM[M] Elveția — DCI *Bufuralol* ● Psihotrop cu acțiune betablocantă și anxiolitică, util în combaterea tremorului parkinsonian senil și a celui consecutiv supradozării litiului. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

778. ANGOASĂ (fr. *angoisse* „neliniște, spaimă") ● Teamă nedeterminată, spaimă generalizată ca stare de spirit funciară, de fond, profundă, lipsită de o cauză precisă. Spre deosebire de frică, întotdeauna stîrnită de o amenințare pe care subiectul și-o reprezintă în mod distinct, angoasa pune stăpînire pe întreaga subiectivitate a individului, torturindu-l tocmai prin sentimentul de spaimă ce nu-și trădează sursa. Filozofia existențialistă face

din angoasă o temă privilegiată și îi acordă statutul de „neliniște metafizică", sub a cărui vrajă morbidă individul primește revelația caracterului absurd, incomprehensibil al vieții. În starea de angoasă se dezvăluie abisul morții, care-l condamnă pe om la o fatală finitudine (M. HEIDEGGER), tragic răscumpărată cu prețul libertății — ea însăși sursă de panică și chin sufletesc, din pricina absenței criteriilor ferme ale opțiunilor morale (J. P. SARTRE).

Privită prin prisma psihopatologiei, angoasa se definește drept o stare dezagreabilă, trăită ca sentiment de insecuritate, fără prezența obiectivă a unui pericol, rezultată din existența simultană, la același subiect, a unei dorințe și a apărării contra ei. La nivel pulsional, refularea unei dorințe sau întreruperea unui act care produce plăcere dă naștere unor energii „vacante", a căror expresie este angoasa. Instinctul sexual este considerat de psihanaliști drept o sursă principală de angoasă.

Pentru mulți autori este un termen similar cu anxietatea. Este necesară însă o trecere în revistă a diferitelor semnificații date angoasei, pe de o parte pentru a ușura înțelegerea unor texte psihiatrice clasice, iar pe de altă parte, pentru a pune în evidență accepțiunea filozofică pe care termenul a căpătat-o și care nu poate fi străină psihiatrului.

În 1890, BRISSAUD definește angoasa ca „o tulburare fizică tradusă printr-o senzație de constricție, de sufocare", iar anxietatea ca „o tulburare psihică ce se traduce printr-un sentiment de insecuritate indefinibil". În același sens, SOUQUES (1902) va distinge „un fenomen fizic — angoasa și un fenomen psihic — anxietatea". Aceste distincții forțate vor fi reluate și preluate, fără a se analiza realitatea lor, deși unitatea celor două fenomene, somatic și psihic, ca și simultaneitatea lor în trăirea subiectului nu pot fi negate. Cercetători moderni ca P. TYRER de exemplu, continuă să diferențieze natura mecanismelor ce deosebesc anxietatea somatică de cea psihică (A. FELINE și colaboratorii).

A doua serie de definiții este cea care atribuie angoasei un sens cantitativ, în descrierea stării de neliniște. Astfel, LITTRÉ face distincția între neliniște, anxietate și angoasă, considerîndu-le diferite ca intensitate într-o ordine crescătoare. Similară este definiția lui GELINNE — „stare paroxistică de senzații penibile și difuze". Mai mult, angoasa este interpretată ca „stare de neliniște sau anxietate maximă, caracterizată printr-o acceptare înfricoșată și opresivă față de iminenta suferință sau nenorocire" (P. POPESCU-NEVEANU). Acest din urmă autor arată că ea implică tensiuni emoționale, asociate unui pericol care este fie anonim, necunoscut, fie cunoscut, dar producînd perturbări „irațional-exagerate". Definițiile de tipul menționat rămîn însă la nivelul unor simple speculații și au un caracter confuz.

S. FREUD introduce în psihanaliză termenul, în 1894; el consideră angoasa ca „o transformare a acumulării de tensiune psihică" și o descrie ca amenințînd instanța Eului, care i se va împotrivi prin mecanisme de apărare. În 1926, termenul va fi remaniat distingîndu-se între angoasa automatică (automatische Angst) și angoasa față de un pericol real (Realangst). Prima ar semnifica reacția subiectului de fiecare dată cînd se găsește într-o situație traumatică, adică supus unui aflux de excitații interne sau externe pe care este incapabil să le stăpînească, iar cea de a doua, angoasa față de un pericol exterior, constituie pentru subiect o amenințare reală (LAPLANCHE și PONTALIS). După școala psihanalitică angoasa ar fi provocată de energia liberă produsă de refularea unei dorințe sau satisfacții întrerupte. Angoasa este considerată ca avîndu-și originea în traumatismul nașterii (OTTO RANK), în stadiile dezvoltării (M. KLEIN), în zestrea ereditară ca instinct (NÜRENBERG) etc.

După JASPERS, angoasa se naște din eșecul care ne pîndește la capătul încercării de a ne sesiza ființa. Numai prin eșec putem însă cunoaște absolutul și limitele acestuia. J. P. SARTRE vede angoasa ca rezultat al angajamentului pe care individul în acțiune și-l ia pentru întreaga umanitate. Angoasa provine din neputința spiritului, afirmă PICHON, opinie la care se asociază H. EY cînd afirmă: „Angoasa este amețeala care ne cuprinde în fața prăpastiei timpului, conștiinței naturii și destinului nostru".

779. **ANGOASA AUTOMATĂ** • Termen cu circulație foarte redusă, desemnînd reacția spontană a subiectului într-o situație psihotraumatizantă (cînd este somat de multitudinea excitațiilor), pe care nu și-o poate stăpîni.

780. **ANGOASĂ** — *nevroză* • Termenul a fost introdus de S. FREUD în 1895, împreună cu dezvoltarea unei întregi teorii a angoasei, care ar fi, după opinia autorului, o expresie a acumulării libidoului. Fără a fi de acord cu această interpretare, o menționăm pentru interesul ei istoric → NEVROZA DE ANGOASĂ.

781. **ANGOFRAZIE** (cf. gr. *ancheim* „a strînge, a sufoca" v. și lat. *angere*; gr. *phrasis* „vorbire") — sin. AMELARTRIE → EMBOLOFRAZIE.

782. ANGOPASSE(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA(M) România.

783. ANGULAR(M) Argentina — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT(M) România.

784. ANHEDONIE (cf. gr. *a(n)-* ; *hedone* „plăcere") ● Incapacitatea de a resimţi plăcerea în situaţii care o generează în mod normal; imposibilitatea de a se „bucura" de senzaţiile plăcute furnizate de simţuri. În „La psychologie des sentiments" (1896), Th. RIBOT defineşte anhedonia ca insensibilitate la plăcere, citîndu-i pe BROWN SEQUARD şi ALTHANS, care au observat-o în afecţiuni neurologice, şi pe FONSAGRIVES şi ESQUIROL care o descriu ca simptom psihic în cazul unor afecţiuni somatice (de exemplu boli hepatice). Termenul este folosit în prezent mai ales în literatura psihanalitică americană, pentru a defini sentimentele disforice ale subiectului la contactul cu lumea exterioară, lipsa răspunsului afectiv şi motor, incapacitatea de a simţi sau imagina o emoţie plăcută, fără să exprime neapărat o stare depresivă. Uneori, în cazuri extreme, anhedonia poate conduce pe subiecţi la suicid. Pentru MEEHL (1962), citat de KAPLAN, anhedonia face parte din cele patru mari grupe de tulburări ale procesului schizofrenic, alături de tulburări de gîndire, aversiune pentru relaţii interpersonale, ambivalenţă. De asemenea se consideră că anhedonia poate fi unul dintre semnele precoce ale schizofreniei — forma pseudonevrotică descrisă de HOCH şi POLLATIN.

785. ANHORMIE (cf. gr. *a(n)-* ; *horman* „a excita") ● Termen aparţinînd lui GUIRAUD, reflectînd o scădere a potenţialului biopsihologic, a „dinamismului vital" care constituie suportul instinctiv-afectiv al existenţei umane.

786. ANIÇONIE (cf. gr. *a(n)-* ; *eikon* „imagine") ● Incapacitatea patologică de elaborare a producţiilor imaginative ; apare în schizofrenie, depresii inhibate, oligofrenie, demenţe ; termenul este însă foarte puţin folosit.

787. ANIDEAŢIE (cf. gr. *a(n)-* ; *idein* „a vedea" ; lat. *idea*) ● Absenţa sau suspendarea temporară a proceselor gîndirii, a fluxului ideativ — situaţie posibilă, de fapt, numai în circumstanţele în care conştiinţa este cu desăvîrşire abolită. POROT vorbeşte despre „conduitele anideice" ca despre acele conduite impuse din exterior, fără legătură cu situaţia dată sau fără o deliberare conştientă : „deambulaţia anideică" la idioţi sau demenţi „automatismul anideic" la epileptici, crizele coreice, sindromul catatonic. În cadrul fenomenelor de automatism mintal, G. CLERAMBAULT descrie „anideismul" ca o caracteristică a acestora, în sensul absenţei oricărui conţinut al gîndirii.

788. ANIDOL(M) Coreea — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propanediol carbamate izopropil-carbamat, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranţă.

789. ANILINGUS (cf. lat. *anus* „orificiu anal" ; *lingere* „a linge") ● Perversiune rar întîlnită ca metodă/mijloc de obţinere a satisfacţiei sexuale ; uneori (la fel de rar) poate constitui numai un preludiu al actului sexual.

790. ANIMA, ANIMUS (cf. lat. *anima* „respiraţie, suflet, viaţă" ; *animus* „suflet, spirit judecată, gînd") ● Termeni care desemnează două dintre cele mai importante arhetipuri, în teoria asupra inconştientului colectiv şi a arhetipurilor, elaborată de C. G. JUNG. La primitivi, ele sînt „spiritul tatălui şi spiritul mamei" (deci „spiritele parentale"), cele mai importante dintre toate forţele care acţionează în individ. Anima este elementul complementar feminin din inconştientul bărbatului. Animus este elementul complementar masculin din inconştientul femeii. Prima experienţă a bărbatului, în ceea ce priveşte femeia, începe cu mama sa : această experienţă are caracter profund subiectiv, în sensul că imaginea mamei, aşa cum se constituie ea în copil, nu este o imagine preformată, ci se formează în măsura în care copilul simte personajul matern, astfel încît imaginea maternă devine semnificativă (şi dinamică) prin capacitatea ei de a produce imaginea femeii — anima. Ulterior, cînd bărbatul alege ca obiect al iubirii o femeie anume, această alegere poate avea la origine, tendinţa pe care o resimte bărbatul de a găsi (şi a lua în stăpînire) exact acea femeie care corespunde feminităţii lui inconştiente : deci el va alege o parteneră în care să proiecteze (şi care să primească uşor această proiecţie) elementul feminin al inconştientului său. Anima, ca arhetip, conţine un factor supraindividual, tipic cu rădăcini profunde, dincolo de relaţiile mai mult sau mai puţin superficiale interindividuale.

Există, în fiecare individ uman, o disponibilitate subiectivă pentru un anume tip de experienţă ; aceasta decurgînd dintr-o structură

14 – Enciclopedia de psihiatrie – cd. 147

Scanned with OKEN Scanner

psihică înnăscută: astfel, orice natură masculină presupune existența în ea însăși a unei naturi feminine („natura bărbatului conține femeia și natura ei"), atît în plan fizic, cît și în plan psihic. După JUNG, „Forma și natura lumii în care ființa se naște și crește sînt înnăscute și prefigurate în ființă ca imagini virtuale". Aceste imagini virtuale nu au conținuturi determinate → ARHETIP), ci sînt categorii de natură colectivă (copilul, părinții femeia în general, ca disponibilități psihice preexistente), categorii vide, fapt pentru care ele rămîn invizibile și inconștiente. Ele influențează persoana și pot deveni conștiente în măsura în care intră în concordanță cu o experiență anume, trăită (cînd se produce un impact între disponibilitatea interioară și un concret exterior). Ele devin puternice numai dacă se asociază unei experiențe concrete trăite; paradoxal, imaginea virtuală, oricît de amplă ar fi, nu capătă forță decît dacă se concretizează într-o situație trăită, deci dacă ea își amputează virtualitatea (ceea ce revine la o autoamputare — de aici problema adeziunii și a angajării pe care persoanele armonice o rezolvă prin acceptarea actului trăit). Tot JUNG afirmă că „aceste imagini virtuale reprezintă sedimentul tuturor experiențelor trăite în linie ancestrală; ele sînt un reziduu structural și nu experiențe concrete". Astfel, inconștientul bărbatului conține o imagine virtuală și colectivă a femeii, în funcție de care el percepe și resimte esența feminină. Există o legătură destul de strînsă între anima și persona (persona este un fel de mască pe care individul și-o construiește în contextul relațiilor dintre conștiința individuală și societate, disimulîndu-și propria sa natură → PERSONA). Persona, ca imagine ideală a sa pe care bărbatul o construiește conform cu ceea ce el ar trebui și ar vrea să fie, se compensează interior printr-o slăbiciune feminină; pe măsură ce, în exterior, bărbatul joacă rolul unei ființe puternice și autoritare, în interior se produce o intensificare a arhetipului feminin, ceea ce poate determina, în mod automat, proiecția animei în partenerul feminin, care va căpăta o putere manifestă; această putere se poate prelungi printr-o atitudine de dominare a bărbatului de către partenera sa. Femeia va suporta însă greu această atitudine dominatoare proprie și va dezvolta un complex de inferioritate asociat cu un comportament de calitate inferioară, care va provoca în bărbat iluzia că el este eroul în viața cuplului; receptînd inconștient iluzia bărbatului, femeia va considera că este măritată cu un erou. În acest fel, relația de cuplu vehiculează inconștient conținuturi care, în expresia lor exterioară, au consistența unor himere (acest lucru revine la un schimb reciproc de aparențe: fiecare încarnează în ochii celuilalt și în proprii săi ochi nu ceea ce este în realitate, ci o aparență a sa, o persoană cu care individul respectiv se identifică). Procesul de individuare, spune JUNG, presupune, în final, o luare în stăpînire a relațiilor care leagă Eul de inconștient, de figurile inconștientului, în cazul în speță, de anima: în tipul de exemplu citat (bărbatul care-și afișează puterea), subiectul poate chiar să recunoască faptul că, în viața sa particulară are o serie de slăbiciuni; această recunoaștere este ea însăși o acoperire sau o justificare compensatorie, întrucît, în concepția generală, este preferabil să te acuzi de o „slăbiciune personală", decît să nu faci față unor idealuri sociale unanim acceptate. Un individ echilibrat reușește, pe parcursul procesului de individuare, să perceapă diferența dintre Eu, persona și anima. Fiecare subiect dispune, într-o măsură mai mare sau mai mică, de o anume capacitate intuitivă în ceea ce-l privește; el simte ceea ce ar trebui să devină, ceea ce ar putea să devină, ceea ce ar trebui să i se întîmple. Această intuiție trimite la o legătură subtilă care există între forțele și tendințele opuse din individ (de pildă între exigențele care derivă din persona și exigențele care derivă din anima).

Echilibrul ființei depinde de calitatea acestei legături intime dintre energiile de sens contrar care coabitează în interiorul ființei și care se manifestă, în diverse expresii, în cîmpul relațiilor interpersonale. Dacă legătura dintre aceste forțe este foarte slabă, „mintalul" se va disocia în elemente disparate pînă la incoerență (cazul schizofreniei); dacă legătura de mai sus este prea strînsă, prea rigidă, viața psihică va deveni lipsită de plasticitate, impregnată de morbid, de o serie de constrîngeri interioare, parțial proiectate în exterior (vezi personalitatea obsesională și, în genere, nevroticul). Cu cît un factor inconștient este mai puternic refulat, cu atît el este mai ușor proiectat, deoarece „tot ceea ce este inconștient se proiectează" (JUNG). Primitivii practicau o serie de rituri de inițiere cu scopul de a determina separarea reală de mamă a viitorului bărbat, în concepția că vîrsta adultă și, prin ea, separarea exterioară de mamă, nu înseamnă separarea reală. Tatăl este cel care protejează copilul de lumea exterioară, el oferă modelul unei persona; mama salvează și ocrotește de pericolele interioare cu surse profunde, obscure. Tatăl oferă legitimitatea în lumea exterioară, el este protector și cuceritor în această

lume, în timp ce mama hrănește și apără nu de ceea ce vine din exterior, ci de ceea ce se produce în lumea obscură a sufletului ; vehicularea animei din primele contacte cu mama îmbracă, ulterior, diverse forme : relația introspectivă cu sine, relația cu ființa iubită, adeziunea la o dogmă (pe care subiectul o resimte și o trăiește). În funcție de anima proprie, bărbatul poate fi împins, la alegerea partenerei, de trebuința obscură de a-și poseda anima încarnată, personificată, și atunci el se va raporta la soție ca la o mamă ; proiecția animei în bloc asupra femeii are drept consecință faptul că bărbatul devine infantil, dependent, sau dimpotrivă el devine tiranic, rebel, centrat pe afirmarea prestigiului său, a superiorității sale virile. Echilibrul vieții psihice este în funcție de echilibrul dintre Eu, persona și anima. Animus este elementul masculin complementar al inconștientului feminin. JUNG afirmă diferența dintre bărbat și femeie ca deosebire între cele două sexe și între psihologiile lor ; problema nu se pune în termeni de superioritate sau inferioritate. Diferența rezidă în faptul că bărbatul și femeia au disponibilități diferite pentru domenii de experiență diferite : „...în timp ce anima este sursa dispozițiilor și capriciilor, animus este sursa opiniilor" (JUNG). Dacă anima se poate personifica în trăsături feminine sau într-o figură feminină anume, cu animus lucrurile stau altfel. Situația psihologică a femeii este diferită : animus se personifică într-o pluralitate, într-o instanță a conștiinței morale, care emite judecăți și care nu este reprezentată printr-o singură persoană, ci printr-un ansamblu de trăsături semnificînd mai multe personaje cu același rol (personaje paterne, investite cu autoritate, care emit ex cathedra, spune JUNG, raționamente ferme, de nezdruncinat). Aceste judecăți sînt efectul acumulării, din copilărie și adolescență, a unei serii de opinii (acumulare parțial inconștientă) care se constituie într-un „corp moral", în ultimă instanță, o „rezervă de prejudecăți" (aceste embleme apar fie sub forma bunului simț, fie sub forma unor principii transmise prin educație). Și animus poate fi proiectat, ca și anima. Bărbații în care se proiectează animus sînt acei bărbați în care femeia simte o ființă supremă, totală, un fel de personaj analog divinității ; este bărbatul care știe tot, înțelege tot, dispune de spirit creator. Femeile dominate de animus devin, la un moment dat, iritante pentru bărbat, în măsura în care ele emit opinii doar ca să spună ceva ; acest lucru provoacă la bărbați ieșiri violente, descărcări de afecte (forța intervenției arhetipului animus, prin femeie, determină intervenția arhetipului anima, prin bărbat). Femeile intelectuale dominate de animus au tendința, de exemplu, să aducă într-o discuție cu temă limpede, elemente noi fără nici o legătură cu tema respectivă ; intervenția lor, provocînd iritarea bărbatului, are drept scop inconștient manifestarea dorinței acestor femei de a nu mai fi, psihologic, rejectate de animus, deci de a ieși de sub puterea acestui arhetip care le domină. „Necazul vine din aceea că bărbatul caută Femeia în toate femeile, iar femeia încearcă să găsească toți bărbații într-unul singur" (R. CAHEN). Tentativa femeii revine la concentrarea pluralității ce caracterizează animus într-un singur bărbat. Anima trimite la interiorizare, introspecție, relația cu sine ; animus se caracterizează prin extroversie. Confruntarea între Eul conștient și animus este analogă confruntării între Eul conștient și anima ; și într-un caz și în altul expresiile pe care le îmbracă aceste arhetipuri nu trebuie refulate ci analizate. Animus reprezintă la femeie sedimentul tuturor experiențelor feminine în contact cu bărbatul, în linie ancestrală. O femeie dominată de animus riscă să-și piardă feminitatea, după cum un bărbat care se lasă dominat de anima tinde să se efemineze (inversiune psihologică a sexelor, avînd drept cauză faptul că o funcție interioară se exteriorizează exagerat). Omul trebuie să-și recunoască lumea interioară și să intre în stăpînirea ei. Anima și animus, ca „personaje de penumbră și de clar-obscur", pot îmbrăca aspecte inepuizabile (se diversifică, se înlănțuiesc, își extind influențele în persona, apar în vise, în fantezii, în viziuni etc.). Ele se pot manifesta în „complexe personificate", relativ independente ; odată recunoscute și acceptate, aceste conținuturi complexuale vor fi integrate de Eu, astfel încît ele nu vor mai provoca nici agresivitate, nici culpabilitate, nici diferite compensații care, la un moment dat, să devină simptomatice.

791. **ANIMAL** — *magnetism* → MESMERISM.

792. **ANIMALĂ** — *psihologie* → ZOOPSIHOLOGIE.

793. **ANIMALIZARE** — sin. DEZUMANIZARE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ABRUTIZARE.

794. **ANIMISM** (fr. *animisme* ; cf. lat. *anima*, „suflet") ● Sistem arhaic de gîndire (cu implicații comportamentale), propriu societăților primitive, bazat pe credința că toate lucrurile și fenomenele din univers (inclusiv cele aparținînd lumii minerale — munții, apa, pietrele,

etc., lumii astrale — soarele, luna, stelele, secvențelor temporale — ziua, noaptea, anul etc.) sînt însuflețite sau, în forme mai evoluate, pe credința în existența unor ființe spirituale care însuflețesc universul. Din această a doua formă de manifestare a evoluat concepția dualistă care presupune pentru fiecare ființă un statut material (trupul) și unul spiritual (sufletul). Acest sistem primitiv de gîndire, reflectînd nivelul de cunoaștere empirico-imaginativ, s-a perpetuat pînă în epoca modernă, integral sau sub formă de reziduuri, la populații din Africa, Asia, Oceania, rămase încă la stadii primare ale evoluției culturale. Sub forme specifice el se manifestă și la copii preșcolari sub titlul de „realism" și „artificialism infantil" (de exemplu, credința copilului că stelele sau luna îl urmează cînd merge, sau că plantele sau pietrele suferă cînd sînt lovite etc.).

În patologie este caracteristică unor psihoze și deficiențe mintale. Psihanaliza folosește noțiunea în interpretarea miturilor, ritualurilor și a rolului tabuurilor în încercarea explicării mecanismelor unor boli psihice → MAGIE INFANTILĂ.

795. **ANIZOCORIE** (cf. gr. *anisos* „inegal" ; *kore* „pupilă") ● Inegalitatea celor două pupile, care apare ca o anomalie congenitală, la subiecții sănătoși, sau ca o modificare patologică, în cazul existenței unui lues secundar, tabes, PGP sau în sindromul Claude-Bernard-Horner, rezultat în urma iritației simpaticului cervical din diverse cauze.

796. **ANKSIYOLIN**(M) Turcia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

797. **ANNOLYTIN**(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/-cicloheptenă- $\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antidepresiv-sedativă și ușor anticolinergică, antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINA(M).

798. **ANOETIC** (cf. gr. *a-* ; *noetikos* „dotat cu capacitatea de a gîndi, cu inteligență") — sin. ANOEGENETIC ● Termen ce se referă la trăiri subiective, individuale, de genul stărilor precognitive sau noncognitive, sau la o conștiință primitivă ; nu este utilizat în psihopatologie.

799. **ANOMALIE** (cf. gr. *anomalia* „inegalitate, iregularitate") ● Abatere sau deviere de la morfologia, structura histologică sau poziția normală a unui organ sau formațiuni anatomice, rezultînd dintr-o tulburare de dezvoltare embrionară, de origine fetală (blastogenă), maternă (matrogenă) sau exogenă. În psihopatologie se descriu anomalii ale funcțiilor psihice, cu corespondent în limbaj și comportament.

800. **ANOMALIE DAUBNEY-HUDDART** — sin. ACROMATIE ; ACROMATOPSIE ; CECITATE CROMATICĂ ; MONOCROMATISM sin.
→ ACROMATOPSIE.

801. **ANOMIE** (cf. gr. *a-* ; *nomos* „lege") ● Concept introdus de DURKHEIM, în 1893, în lucrarea „La division du travail social", pentru a desemna patologia socială generată de lipsa de reguli morale și juridice, menite să organizeze viața economică. În concepția autorului, omul nu-și poate realiza echilibrul psihic decît într-un sistem de norme sociale coercitiv acceptate. În lipsa acestor norme, apar comportamente morbide, ca violența, suicidul, importanța psihopatologică a anomiei constînd în impactul acestei tulburări atît asupra societății, cît și a subiectului. Termenul ar defini deci o stare de dezorganizare a societății datorată lipsei de norme morale și juridice sau contradicțiilor și conflictelor între aceste norme, care ar duce la imposibilitatea orientării finale a acțiunii umane în sensul integrării individului în societate, la dificultatea raportării acestuia la normal, ajungîndu-se astfel la refularea solidarității sociale. PARSON definește anomia ca „stare în care un mare număr de indivizi nu au posibilitatea integrării în cadrul modelelor instituționale stabile, lucru necesar stabilității personale și bunei funcționări a sistemului social". Pe plan social, după DISERTORI și PIAZZA, dezordinile psihopatologice de la nivelul colectivității se datorează schimbărilor rapide ale normelor sociale, pe care individul nu și le poate asimila în același ritm. Printr-un mecanism de conexiune inversă, nici sistemul social nu va putea face față situației și va avea de suferit.

Pe plan individual, anomia se caracterizează prin sentimentul de insecuritate difuză, de angoasă, care duce la revendicativitate, la creșterea agresivității. În lucrarea sa „Le suicide" (1897), DURKHEIM descrie suicidul anomic, generat de faptul că, în societățile industriale, au loc schimbări rapide, crizele modifică normele sociale, individul devine un dezorientat, nu mai are norme clare.

Scanned with OKEN Scanner

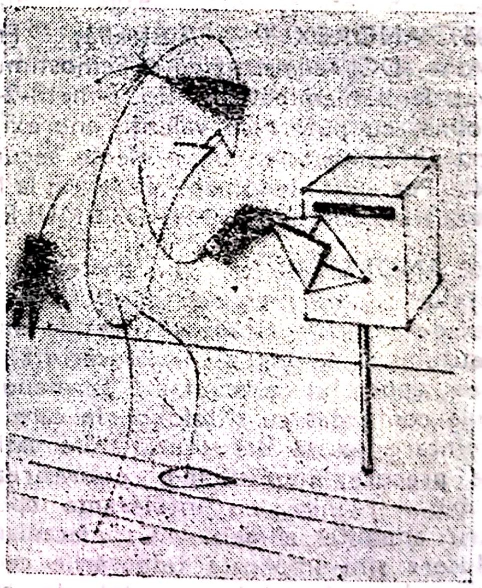
● Altă accepțiune dată termenului se referă la dificultatea care apare în afazie în găsirea cuvîntului adecvat în deosebi în cazul substantivelor, dar și al altor unități morfologice. Afazicul poate substitui cuvintele potrivite cu perifraze, cu pronume demonstrative, cu foneme, prin care încearcă să se apropie de cuvîntul corespunzător.

Termenul se întîlnește și în literatura teologică engleză a Evului Mediu semnificînd „disprețuirea proniilor divine".

802. **ANONIM** (cf. lat. *anonymus*) ● Persoană sau operă fără nume, sau al cărui nume apare ca lipsit de importanță, ori este necunoscut. Identificarea și căpătarea autonomiei personale se face din stadiile precoce ale dezvoltării (trei ani), continuîndu-se la niveluri formal importante ale integrării bio-psiho-sociale și încheindu-se la sfîrșitul adolescenței. Aceste „identificări" repetate reprezintă și încheierea procesului de structurare a personalității. Identificarea nominală urmează aceleiași etape, cuprinzînd toate formele comunicării, de la mimică și gest inițial, la verbal și grafic, încheindu-se cu stilul și amprenta personală. Identitatea este una dintre valorile importante ale personalității, o trăsătură fundamentală a acesteia. Opus procesului de identificare, acționînd entropic, anonimatul face ca limitele Eului să se estompeze, permițînd o abatere de la instanțele acestuia, o descărcare pulsională primară, cu caracter impulsiv, primitiv și neelaborat. Anonimul este un deficient, el nu poate stabili relația de comunicare, nu se poate delimita cu curaj în fața unei situații pentru a fi parte activă în decizie. Dacă se desemnifică, el se anonimizează nu numai în sensul de denominalizare, ci și în cel de al doilea sens al cuvîntului, devine „fără de lege". Încărcarea agresivă a actului anonim este prezentă întotdeauna, el născîndu-se cel mai adesea din răzbunare, declanșînd mecanismele „distrucției vindicative" care îi stăpînește, după E. FROMM, pe „indivizi anxioși, posesivi sau cu caracter extrem de narcisiac". Lipsa posibilității de răspuns a victimei, lipsa posibilității de a se apăra, vorbește despre caracterul sadic al autorului actului anonim care își contemplă rezultatul, fără a se expune în vreun fel consecințelor. Dînd frîu liber pulsiunilor și fantasmelor sale agresive, anonimul se transformă dintr-o ființă rațională într-una delirantă, părăsind realitatea pentru proiecțiile pe care le ia drept realitate și pentru care evită confruntarea. Cel mai adesea, actul anonim nu este o construcție organizată, o armă de precizie și de finețe. El amestecă secvențe spațio-temporale a căror încărcătură afectivă este evidentă, descriind situații centrate în jurul unei sau unor victime, secvențe din care scatologia nu lipsește. Actul anonim trădează întotdeauna un deficit de forțe moral-volitive și afective, manifestare care își are o bună exemplificare în inscripțiile obscene de pe garduri, ziduri și alte locuri publice, și în care există o ruptură între penetranța verbală a autorului anonim și posibilitățile lui reale. Ca și acest caz, adesea prepuber, adultul de mai tîrziu nu-și poate revendica vreodată victoria (în cazul cînd ea are loc accidental), motiv din care anonimul nu poate deveni vreodată autor. Sînt de remarcat potențialul agresiv pe care anonimul îl deține, dorința lui destructivă ; reușita neputînd să-l satisfacă pe deplin, el va fi împins spre noi acte cu caracter anonim, prin care, va descărca noi potențe antisociale.

803. **ANONIMOGRAFIE** (cf. lat. *anonymus* ; gr. *graphein* „a scrie") ● Tendința bolnăvicioasă de a scrie anonime (SIVADON), săvîrșită de subiecții aflați într-o zonă intermediară, la nivelul căreia se face trecerea pe nesimțite de la ceea ce este normal, către ceea ce este morbid (KRAEPELIN).

Semnificația sa psihiatrică nu este o problemă nouă : KRAEPELIN (1899) introducea pe au-



torii de scrisori anonime, alături de procesomani, vagabonzi, incendiatori, în categoria anomaliilor psihice a psihopaților antisociali (viitoarele personalități dizarmonice) ; SIVADON (1959) evidenția o frecvență mai ridicată a acestor acte la femei celibatare, nevrotice sau delirante și, în fine, LOCARD (1973) arăta că,

de cele mai multe ori, autorii de anonime sînt persoane cu refulări sau insatisfacții sexuale majore, invidioase (sau geloase) pe armonia conjugală și/sau realizările altora.

În unele lucrări de specialitate se consideră anonimografia mai frecventă (uneori chiar tipică) pentru sexul feminin. Acest lucru nu este valabil întrucît și bărbații, de multe ori, susțin campanii de defăimare prin anonime, fiind vorba tot de personalități dizarmonice, incapabile de realizare și integrare socio-profesională și familială, a căror agresivitate (anonimă) poate avea urmări grave (divorțuri, sinucideri, risipa zadarnică a unor mari energii materiale și umane). Atunci cînd nu sînt delirante, persoanele atinse de anonimografie sînt, de obicei, structuri dizarmonice de tip paranoiac, isteric, senzitiv. O particularitate demnă de remarcat constă în negarea faptei chiar în condiții de flagrant delict.

Pericolul antisocial real pe care îl reprezintă acești subiecți trebuie apreciat nu numai prin fapta săvîrșită, cît și, mai ales, prin prisma potențială a unor manifestări improbabile de pe această poziție, în situația în care circumstanțele le-ar permite.

804. **ANOPSIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *opsis* „vedere") ● Abolirea (lipsa) vederii ; în psihiatrie are importanță datorită ANOPSIEI ISTERICE → AMAUROZA ; ISTERIE — nevroză.

805. **ANOREX**[(M)] Australia, Franța, S.U.A. — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenil-morfolină, cu puternice valențe anorexigene, utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHOSTIMULENTE.

806. **ANOREXIE** (cf. gr. *anorexia* „lipsa apetitului" : *a(n)-* ; *orexis* „apetit") ● Lipsa poftei de mîncare (scăderea pînă la absență a apetitului alimentar) și, în consecință, diminuarea aportului alimentar. Termenul nu trebuie confundat cu sitiofobia, în care pofta pe mîncare există dar senzația de sațietate apare precoce, împiedicînd continuarea alimentării, și nici cu intoleranța specifică pentru anumite alimente. Ca mecanism de producere sînt implicate tulburările ce apar la nivelul controlului exercitat de cortex asupra centrilor foamei și sațietății din hipotalamus ; ele pot fi reversibile (la subiecții normali, aflați sub imperiul unor emoții puternice, după o scurtă perioadă de înfometare [(in)voluntară sau de durată], în numeroase afecțiuni organice și psihice. Acest ultim tip de anorexie își găsește locul în tabloul clinic al : afecțiunilor digestive bucale (masticație și/sau deglutiție dificilă), gastrice (gastrite, cancer gastric); afecțiunilor hepto-bilio-pancreatice ; endocrinopatiilor — boala Simmonds (insuficiență hipofizară), boala Addison (insuficiență cortico-suprarenală), hipertiroidia, hiperparatiroidia, diabetul zaharat decompensat ; intoxicațiilor cronice endogene (acidoza diabetică, uremia) sau exogene (alcoolismul cronic) ; afecțiunilor psihice (nevroze, psihoze depresive, schizofrenie), bolilor generate de leziunile corticale.

În nevroze anorexia îmbracă coloraturi particulare, în funcție de forma clinică : demonstrativă și ostentativă, în isterie ; lamentativă și de inspirație „medical-științifică" în hipocondrie ; neliniștită, însoțită de panică, în stările de anxietate ; cu caracter obsesiv sau cu frici paralizante, în sindromul obsesivo-fobic ; lipsa alimentației alături de prăbușirea dispoziției, în stările depresive de diferite intensități.

În psihoze anorexia capătă mai degrabă forma refuzului alimentar consecutiv instalării tulburărilor psihice centrale (idei delirante, halucinații, confuzie, depresie). În schizofrenie, refuzul alimentar face parte din fenomenul mai larg al negativismului sau transcende din trăirile delirant-halucinatorii ; în stările confuzionale și în sindroamele demențiale, apetitul alimentar este „dezorganizat", de dezorientare ; în psihozele depresive, apare ca un revers al ideilor de inutilitate, culpabilitate sau ca modalitate autolitică. O discuție aparte merită (deși mai degrabă o putem considera intrată în istoria psihiatriei, de cînd LASÈGUE i-a dat un nume, în 1873) anorexia „mintală" sau „esențială a tinerelor fete" → ANOREXIA MINTALĂ.

807. **ANOREXIE MINTALĂ** ● După unii autori, prima descriere a sindromului s-ar datora lui MORTON (1689), iar după alții ea ar data din 1873 și i-ar aparține lui LASÈGUE care, sub numele de „anorexie isterică", face un studiu clinic complet a opt cazuri, analizînd psihologia subiecților și interacțiunea ei cu mediul familial. Clinicianul englez W. GULL a întreprins și el observații cu conținut asemănător reunite sub numele de „apepsie isterică". Modificarea denumirii sindromului în cel de „anorexie mintală" îi aparține lui HUCHARD (1883). Ca factor etiologic primordial, se incriminează o dispoziție psihică anormală, căreia endocrinologia și psihanaliza încearcă să-i găsească și alte explicații.

În forma clasică, anorexia mintală apare la fete între 15—20 ani, care încep treptat să-și

Scanned with OKEN Scanner

reducă alimentaţia, întîi selectiv, apoi progresiv total, ajungînd să slăbească 2—3 kg pe lună, fără a avea o motivaţie serioasă. La insistenţele anturajului, continuă să refuze să se alimenteze şi fac apel la laxative, exerciţii fizice, işi provoacă voma în cazul în care sînt forţate să mănince. Scăderea ponderală este precedată de amenoree, simptom care persistă uneori şi după vindecarea clinică a anorexiei şi este însoţit de hipotensiune arterială, bradicardie, bradipnee, extremităţi reci. Din punct de vedere biochimic se înregistrează hipoglicemie, hipocolesterolemie, metabolism bazal diminuat, scăderea extrogenilor urinari. Examenul pe aparate şi sisteme, cît şi celelalte examene paraclinice se încadrează în limitele normalului. Intricarea psihosomatică cuprinde, după LASÈGUE, trei faze: în prima fază, motivind diverse acuze digestive, subiectul refuză să se alimenteze, după care, în a doua fază, la insistenţele familiei, de obicei, se încăpăţînează să nu mănince fără a-şi mai argumenta comportamentul, sub masca unor suferinţe digestive. Este momentul în care subiectul trebuie scos din mediul familial care îi este nociv, întrucît există o relaţie direct proporţională intre intensitatea insistenţelor şi chiar a ameninţărilor anturajului şi refuzul de a se alimenta. Dacă intervenţia medicului nu este promptă, decesul subiectului este posibil, întrucît în faza a treia, instalată după 1—2 ani, starea sa fizică ajunge la caşexie, iar astenia devine atît de marcată încît împiedică părăsirea patului.

Deşi, iniţial, anorexia mintală a fost interpretată ca o idee fixă, isterie, capriciu, simulare, endocrinologia şi psihanaliza au încercat să desluşească o parte din verigile patogenice ale bolii. Datele endocrinologice au arătat că o parte din bolnavii de anorexie mintală au fost luaţi drept bolnavi endocrini, caşexia fiind considerată de origine hipofizară în cadrul unei boli Simmonds sau al unui sindrom Sheehan, dar anorexia mintală, spre deosebire de cea din bolile endocrine, nu se rezolvă prin tratament hormonal. Nu trebuie înlăturată însă posibilitatea existenţei unor cazuri mixte sau intermediare, în care componenta endocrină este secundară, determinînd amenoree, hipercolesterolemie sau chiar hiperfagie şi sindrom adipozo-genital (GUIRAUD, DE MONTPELLIER). Diencefalul este acela care, prin diverse mecanisme fiziopatologice, produce modificări funcţionale hipofizare şi ale vieţii instinctivo-afective, motiv pentru care J. DELAY a numit maladia o endocrino-nevroză juvenilă, iar J. DECONOT a propus numele de caşexie psiho-endocrină a adolescenţei.

Datele psihologice relevă o incidenţă mai mare în anumite etape ale dezvoltării psihice şi anume: la sugari (legată de actul înţărcatului sau de absenţa îngrijirii materne), la antepreşcolari şi la puberi (legată de una dintre următoarele situaţii: apariţia unui frate/soră, rivalitate între fraţi, pierderea unei persoane apropiate, „avitaminoză" afectivă, hospitalism, carenţe educaţionale). Fiind frecventă mai ales la femei şi avînd momentul de apariţie la pubertate, afecţiunea ar putea fi interpretată ca o reacţie de opoziţie instinctiv-afectivă la feminitate. Alţi autori (P. JANET), printre care şi unii de orientare psihanalitică, consideră posibilă existenţa unui sentiment de ruşine, a unor scrupule sexuale sau religioase, care determină idei de vinovăţie şi explică anorexia ca o autopedepsire. Psihanaliza recunoaşte la originea anorexiei mintale fixaţia orală pe hrană (legată de mama preoedipiană), determinări simbolice sexuale ale actului alimentării, etc.

DONNADIEU şi AUBIN, bazîndu-se pe prezenţa reveriilor erotice din unele forme de inaniţie, le iau în consideraţie ca un mod de evadare iluzorie a subiectului. Trebuie semnalate şi sentimentele de singurătate, anxietate, cele narcisice, precum şi teama de abandon. Adolescenţa este o etapă-problemă în formarea personalităţii oricărui om, susceptibilă de apariţia unor tulburări afective, a unor crize de opoziţie şi agresivitate, legate de mediul familial în care se formează puberul. MICHAUX şi GEORGES-JANET au constatat că anorexia mintală apare mai frecvent la fete care, prin pregătirea lor, au reuşit să depăşească condiţia familiei de origine şi care, aspirînd spre o continuă perfecţionare a nivelului lor intelectual, ar neglija şi chiar ar respinge alte plăceri organice. Sentimentele trăite de ele ar fi contradictorii şi s-ar naşte din diferenţa dintre nivelul cultural propriu şi cel al părinţilor, cărora le datorează de fapt situaţia lor, psihanaliza explicînd anorexia printr-o agresivitate faţă de mamă, cu respingerea stadiului oral. De aceea, este necesară scoaterea subiectului din mediul familial care n-ar face, în aceste condiţii, indiferent de metoda adoptată (rugăminţi sau agresivitate), decît să-l îndîrjească în atitudinea sa, mai ales dacă mediul familial ca atare ar reprezenta scena desfăşurării unui conflict.

Regresia către copilărie pe care o realizează anorexia, concomitent pe plan psihic şi fizic, are drept cauză modificări ale hipotalamusului care primeşte atît stimuli organici interni, cît şi stimuli de la cortex. În cadrul bolilor psihosomatice, anorexia mintală este unul

dintre modelele surprinzătoare ca manifestare şi evoluţie. S-ar părea că anorexia mintală nu este adecvat denumită ca atare, pentru că nu este vorba, cel puţin la începutul bolii, de inapetenţă, alimentul fiind un simbol inconştient al unei existenţe interzise, iar refuzul său, o pedeapsă (SELVINI, 1963). După MICHAUX, sînt unii subiecţi care au o „vocaţie anorexică" constituţională şi alţii care au dobîndit-o în decursul existenţei.

Prognosticul şi terapia depind, în mare măsură, de structura personalităţii subiectului. La personalităţile de tip ciclotim, accesul anorexic poate fi un echivalent depresiv. M. POROT a demonstrat aportul testului Rorschach în evidenţierea structurii personalităţii acestor subiecţi. După DURAND, anorexiile mintale au mai multe forme : nevrotice, psihotice şi conflictuale, fiecare cu tratamentul lor. Anorexiile mintale pot apărea şi la persoanele adulte de sex feminin, de obicei, după un mariaj urmat de conflicte conjugale, fiind interpretat ca un refugiu în boală al tinerei soţii.

Faptul că anorexia mintală este o reacţie instinctiv-afectivă este întărit de descrierea dată de pediatri unor cazuri de anorexie mintală a sugarului (apărută la schimbări de alimentaţie sau de atitudine din partea mamei) sau a copilului între trei şi şase ani (ocazionată de naşterea unui frate).

Anorexia mintală masculină este foarte rară (3—10 băieţi la 100 fete) şi apare pe un teren obsesional şi fobic, ca o conduită de autopedepsire, avînd o evoluţie foarte gravă.

Prima conduită terapeutică în cazul unei anorexii mintale pure (în care s-a exclus cauza organică) este scoaterea din mediul familial şi izolarea în alt mediu, propice psihoterapiei centrate pe mecanismele psiho-afective şi adaptate caracteristicilor personalităţii subiectului. Tratamentul hormonal poate ajuta în cazurile în care se constată o dereglare hipofizară, ca şi clinoterapia, care e necesară în primele zile. Dacă refuzul alimentar persistă, se poate apela la o sondă alimentară sau la cîteva şedinţe de electroşoc care, prin abreacţie, provoacă, uşurează iniţierea psihoterapiei. Pentru efectele sale fizice şi psihice s-a încercat insulinoterapia, sub forma curei Sakel. După reabilitarea stării generale a subiectului, urmează perioada cea mai dificilă în care trebuie să se continue tratamentul şi anume schimbarea condiţiilor de viaţă ale subiectului, chiar dacă pentru aceasta este necesară scoaterea lui din mediul familial pentru o perioadă mai îndelungată.

808. **ANORExIE SOCIALĂ** • DÉJERINE şi GAUCKLER au observat că subiecţii care au fost mai mult timp privaţi de condiţiile (în general materiale) necesare unei alimentaţii satisfăcătoare şi a căror situaţie se îmbunătăţeşte la un moment dat, continuă să se alimenteze insuficient. Ei au denumit acest tip de anorexie — socială.

809. **ANOREXIGENE** (*cf. gr. anorexia; gennan* „a naşte") — sin. SATUROSTIMULENTE • Medicamente folosite, alături de un regim hipocaloric, la subiecţii care au o motivaţie puternică pentru a slăbi. Rolul lor este de a potenţa efectele regimului şi de a îndepărta urmările neplăcute. Pentru reducerea excesului ponderal din obezitate, este necesar ca aportul de calorii să fie scăzut sub nivelul consumului, ceea ce necesită, în primul rînd o dietă severă, fără de care anorexigenele nu pot avea nici un efect miraculos. Dacă motivaţia subiectului este suficient argumentată şi determină mobilizarea voinţei, asocierea anorexigene-dietă poate avea succes. Este necesară în acelaşi timp, instituirea unei terapii comportamentale, în vederea remodelării conduitei alimentare. În terapia unor boli, produşii terapeutici necesari vindecării sau ameliorării au, printre efectele secundare nedorite, şi creşterea ponderală, caz în care utilizarea anorexigenelor îşi găseşte în mod special justificarea, spre deosebire de dietele, mult mai frecvente, din motive estetice.

Anorexigenele au o structură similară aminelor simpaticomimetice şi sînt derivaţi ai nucleului beta-feniletilaminic. Prototipul lor este amfetamina, care are o serie de efecte secundare ce necesită, la rîndul lor, o altă corecţie. Trebuie avute în vedere riscurile utilizării anorexigenelor de către neiniţiaţi sau în absenţa supravegherii medicale, dublate de o experienţă în acest domeniu. Un inconvenient major îl constituie şi instituirea dependenţei faţă de drog, sens în care amfetaminelor le sînt preferate fenfluramina şi fenmetrazina. De fapt, fenfluramina ar fi un saturostimulent, pentru că acţionează prin stimularea senzaţiei de saţietate şi nu prin diminuarea apetitului. Deşi după cîteva săptămîni apare un grad de toleranţă, administrarea continuă este preferată celei intermitente. Tratamentul va fi diminuat progresiv, pînă la suspendarea totală, existînd pericolul apariţiei depresiei ; este contraindicat în primul trimestru al sarcinii şi în asociere cu IMAO ; se poate administra la hipertensivi. Un preparat utilizat este dietilpropiona (Silutin), a cărui acţiune stimulentă centrală este

mai blîndă ; contraindicaţiile sale sînt : glaucomul, hipertiroidia, feocromocitomul, vîrsta sub 12 ani, stări de agitaţie, primul trimestru al sarcinii, alăptarea, primele două săptămîni după întreruperea tratamentului cu IMAO. Terapia continuă, ca şi cea intermitentă, dă rezultate asemănătoare. Fentermina este asemănătoare cu dietilpropiona şi fenfluramina. Preparatele tiroidiene pot produce şi ele scăderea greutăţii corporale, dar datorită efectelor hipermetabolice, nu pot fi folosite timp îndelungat. Diureticele pot produce iniţial scădere ponderală, dar, ulterior, apar dezechilibre electrolitice care le reduc folosirea în acest scop. Fără a se dovedi foarte eficace, trebuie menţionată şi metilceluloza, ca şi alte materiale inerte caloric. Subliniem încă odată că anorexigenele sînt utile numai subiecţilor care au o motivaţie puternică pentru a slăbi, renunţînd la vechile obiceiuri alimentare şi la apetitul exgearat. Subiecţii trebuie avertizaţi că dieta este factorul esenţial în slăbire, medicamentele anorexigene avînd doar rolul adjuvant de a facilita dificultăţile dietei şi de a-i potenţa efectele. Alături de dietă şi medicaţie, exerciţiile fizice, tehnicile de terapie comportamentală remodelează uneori cu succes comportamentul alimentar al obezului.

810. **ANOREXINE(M)** Canada — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE(DCI).

811. **ANORGASMIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *orgaon* „a arde de dorinţă") ● Absenţa finalizării orgasmice a actului sexual, mai frecventă la sexul feminin, putînd avea cauze multiple, dependente fie de subiect, fie de partener ; tulburarea are, de obicei, efecte semnificative asupra cuplului.

812. **ANORMAL** — *comportament* (cf. lat. *anormalis*) ● Legătura anormalităţii comportamentale cu boala psihică şi, implicit, cu psihiatria, a însoţit evoluţia socio-culturală a umanităţii încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute. Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau valoric, acceptat de membrii unei societăţi determinate în timp şi spaţiu) nu se identifică cu patologicul, deşi se poate suprapune cu acesta ; este în esenţă o noţiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar aşteptărilor şi normelor în vigoare. J. DELAY şi P. PICHOT consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă şi funcţională de la valoarea şi semnificaţia generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalităţii se constituie ca o zonă de trecere între normal şi patologic, reprezentînd un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menţionată mai sus arătînd că, sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societăţii faţă de abaterile individuale descreşte odată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificaţie asupra frecvenţei bolilor mintale. Dacă pentru un grup restrîns de ocupaţii (agricultori, ostaşi, meşteşugari), „selecţia profesională" începea „ex ovo" (breslele), iar numărul operaţiilor şi cunoştinţelor era limitat, putînd compensa enorme deficienţe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condiţiile revoluţiei tehnico-ştiinţifice solicitările socio-profesionale şi ritmul de producţie discriminează drept anormali o serie largă de indivizi, inapţi pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sînt decît în mod potenţial şi probabilistic candidaţi la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize grand mal, furror epilepticus), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul îşi putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea şi, implicit, subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

Aparenta creştere a exigenţei normative faţă de individ este generată, într-o mare măsură, de posibilităţile societăţii contemporane, care, prin multiplele ei canale de circulaţie a informaţiei, poate oferi fiinţei umane o poziţie mai clar definibilă şi determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că, în epoci mai vechi, societatea umană a sancţionat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membri comunităţii. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii ştiinţifice, deşi au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor şi scriitorilor. Apariţia tardivă a psihologiei şi psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice şi nesistematice, care au generat o serie de con-

Scanned with OKEN Scanner

cepţii greşite şi de credinţe cu largă circulaţie în rîndul celor mai diverse categorii sociale.

Credinţa că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate şi bizar, este una dintre cele mai răspîndite, generînd, prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobişnuite şi net diferite de elementele comportamentului obişnuit.

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal şi anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că această delimitare ar fi la îndemîna oricui, după criterii individuale. Prezentarea anormalului şi a comportamentului său ca eludînd regulile obişnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o ruşine şi o pedeapsă, iar acest lucru a creat şi opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeaşi semnificaţie.

Caracterul ereditar al anormalităţii, ca şi teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sînt alte prejudecăţi avînd aceeaşi origine. Un efect nedorit l-a avut şi opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest raţionament, LOMBROSO a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului înnăscut) — aceea a geniului ca nebunie ; de fapt, între cei doi termeni nu poate exista decît o relaţie posibilă între orice nivel de inteligenţă şi boala psihică.

COLEMAN şi BROEN stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale, ca : boală psihică, comportament neadaptat, tulburări emoţionale, tulburări comportamentale, tulburări psihice — arătînd că nici unul dintre aceştia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament, care variază în funcţie de o serie de criterii şi modele. În acest sens prezentăm, în viziunea concepţiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicaţii diferite privind semnificaţia comportamentului anormal.

Tabel nr. XVII

Modelul	*Sănătatea mintală*	*Comportament anormal*
● psihiatric	● abilitatea de satisfacere a necesităţilor instinctuale în limitele impuse de societate	● dezvoltarea greşită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoţite de anxietate
● comportamentalist	● adaptare deschisă la stimulii din mediu	● adaptare ineficientă prin învăţarea unor comportamente inadecvate şi incapacitatea de corectare
● umanistic	● împlinirea tendinţelor naturale faţă de orientarea şi împlinirea de sine	● incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalităţii prin blocarea sau distorsionarea acestor tendinţe către autcmulţumire
● existenţial	● libertatea de a decide conştient	● incapacitatea realizării identităţii adecvate de sine şi a înţelegerii sensului vieţii
● interpersonal	● realizarea de relaţii interpersonale	● rezistenţa faţă de relaţii interpersonale şi acomodare de tip patologic

După C. ENĂCHESCU, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale :

● comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuţie (pubertate, adolescenţă; climax, andropauză), cu caracter pasager şi reversibil ;

● comportamentul de tip carenţial (legat de stări de frustrare afectivă, carenţe educaţionale, disfuncţii familiale şi în modul de viaţă), ce creează dificultăţi de adaptare ;

- comportamentul de tip sociopatic, constînd din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic ;
- comportamentul de tip patologic, parțial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensități și forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a normalității ar trebui să cuprindă (după PURUSHOTOV) :

- criteriul existenței la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate ;
- criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ ;
- criteriul contextului social (normele și valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul ;
- criteriul diminuării randamentului și eficienței individului.

K. SCHNEIDER afirma că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiție „persoanele psihopatice sînt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă și ei și societatea"); el accentua asupra comportamentului, sperînd să desprindă, dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eșec" (KOLLE), criteriul de anormalitate presupus de el fiind însăși diversitatea personalității umane.

813. **ANORTOPSIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *orthos* „drept, corect" ; *opsis* „vedere") ● Percepție distorsionată a obiectelor sau figurilor, pusă în evidență de PLATEAU, în 1836, cu ajutorul ortoscopului. Termenul are aceeași semnificație, pentru HELMHOLTZ, cu ILUZIA ANORTOSCOPICĂ.

814. **ANOSMIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *osme* „miros") ● Pierderea totală a sensibilității olfactive, cel mai frecvent de cauză neurologică, prin leziuni la nivelul segmentului periferic al analizorului sau la nivel central (traumatism, tumoră).

În psihiatrie, anosmia apare ca simptom conversiv al isteriei și indică, de obicei, o afecțiune organică ce poate fi confirmată prin investigațiile clinice și paraclinice, reprezentînd expresia unui conflict psihogen ușor de pus în evidență. Diagnosticul pozitiv, ca și cel diferențial (cu anosmia organică), se realizează printr-o probă simplă : mirosirea unei substanțe cu acțiune iritantă, pe care subiectul cu anosmie funcțională nu o va recunoaște, dar care se va evidenția reflex prin lăcrimare (reflexul naso-lacrimal) reflex absent în anosmia organică.

815. **ANOXEMIE** (cf. gr. *a(n)-* ; *oxys* „ascuțit, viu" ; *aima* „sînge") — sin. HIPOXEMIE ● Scăderea sub limitele normale a presiunii parțiale a oxigenului în sîngele arterial. În funcție de mecanismul de producere poate fi anemică (prin reducerea cantității de hemoglobină sau a numărului de hematii din sînge) ; anoxică (prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului în aerul inspirat) ; histotoxică (prin blocarea enzimelor respiratorii tisulare, cu incapacitatea celulelor de a utiliza oxigenul) ; de stază (prin încetinirea circulației periferice). De obicei se însoțește de hipercapnie (creșterea presiunii parțiale a bioxidului de carbon). Poate determina anoxie.

816. **ANOXIE** — sin. HIPOXIE ● Scăderea presiunii parțiale a oxigenului în țesuturi. Mecanismele de producere sînt similare anoxemiei. Cauzele pot fi diverse : altitudine mare, vicierea cu gaze străine a aerului atmosferic, afecțiuni respiratorii, comunicări între inima dreaptă și inima stîngă (anoxie anoxică) ; anemii de diverse cauze (anoxie anemică) ; insuficiență cardiacă, tulburări ale circulației periferice (anoxie de stază) ; intoxicații cu alcool, droguri de tip LSD (anoxie histotoxică).

Semnele neuropsihice ale anoxiei și hipercapniei sînt integrate în tabloul clinic al encefalopatiei respiratorii. Cefaleea este frecventă, mai ales matinală, fiind determinată de diminuarea activității formațiunii reticulare în timpul somnului, ceea ce accentuează hipoventilația alveolară, mărește hipercapnia și, odată cu ea, hipertensiunea intracraniană, care poate fi atît de ridicată, încît să producă edem papilar și hipertensiunea LCR. Asocierea cefaleei cu edemul papilar poate orienta eronat către diagnosticul de tumoră cerebrală, dacă nu se determină concentrația gazelor sanguine. Pot apărea, de asemenea, stări de agitație alternînd cu somnolență, insomnie cu inversarea ritmului nictemeral, aceleași manifestări putînd apărea și în senilitate, tratarea lor în anoxemie cu sedative (diagnostic greșit) conduce la efecte dezastruoase. Alteori se observă modificări caracteriale, tulburări de memorie, iar în formele grave — sindrom confuzional, obnubilare. Pot apărea și tulburări motorii : flapping tremor, sau chiar crize convulsive epileptiforme. Anoxia produsă la un nou-

Scanned with OKEN Scanner

născut după o naştere dificilă poate fi cauza unor leziuni cerebrale sechelare, generatoare de epilepsie, infirmităţi neurologice, debilitate mintală. Scăderea presiunii parţiale a oxigenului (fie că se datorează asfixiei prin oxid de carbon, spînzurării, strangulării, decompensării cardiace, fie rarefierii aerului la altitudine), tulburări psihice. În aceste cazuri subiectul simte, mai întîi, o stare de „bine", euforie, uşurare, căreia îi urmează amorţeală, torpoare senzitivă şi psihică, apoi tulburări de memorie, de gîndire, tulburări în orientarea în timp, diminuarea auzului şi vederii, pierderea simţului autocritic, iar în final, pierderea cunoştinţei, care poate fi pasageră sau poate antrena subiectul în comă. Intensitatea tulburărilor psihice se accentuează pe măsură ce scade concentraţia de oxigen, existînd un paralelism între gradul tulburărilor mintale şi severitatea simptomelor somatice. Formaţiunile nervoase superioare sînt foarte vulnerabile la deficitul de oxigen, 5—6 minute de ischemie cerebrală reprezentînd un prag a cărui depăşire are consecinţe severe asupra zonelor afectate şi a funcţiilor lor. O ischemie de mai mult de 10 minute este susceptibilă de a provoca o modificare completă şi definitivă a comportamentului. Această disoluţie neuropsihică este însoţită de amnezie lacunară şi, în asfixiile grave, de stări confuzionale şi sechele mai mult sau mai puţin prelungite.

817. **ANOXINE(M)** S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, TDS ; contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

818. **ANOZODIAFORIE** (cf. gr. *a-* ; *nosos* „boală" ; *diaphoria* „diferenţă") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HEMIASOMATOGNOZIE INCONŞTIENTĂ.

819. **ANOZOGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *nosos* ; *gnosis* „cunoaştere") ● Tulburare descrisă, în 1885, de MONAKOV şi, ulterior, de ANTON (1889) ca incapacitate de percepţie a bolii sau infirmităţii senzoriale, sau a valorii. BABINSKI prezintă, în 1914, două cazuri de hemiplegie stîngă în care „bolnavii păreau total dezinteresaţi de mîna sau piciorul hemiplegic" şi consideră acest fapt legat de o leziune limitată a cortexului, poziţie pe care se vor situa ulterior şi alţi autori ca : HEAD, PÖTZL, HOFF, ENGERT. În 1924, GERSTMAN va descrie sindromul ce-i poartă numele, în care anozognozia joacă un rol important. Pentru WEINSTEIN, KHAN, SLOTE, anozognozia, ca şi asimbolia durerii şi inatenţia lateralizată, reprezintă o tulburare comportamentală apropiată de sindromul Korsakov, ca tulburare mintală generalizată, pe care REDLICH şi BONVICINI o atribuie unui mecanism de apărare, constînd în negarea a ceea ce este neplăcut şi supărător — boala şi consecinţele ei.

Se poate nota un gen de obstinaţie sau de rezistenţă în recunoaşterea paraliziei. Această atitudine din partea subiecţilor este cu atît mai curioasă în unele cazuri, cu cît unii dintre ei sînt aproape obsedaţi de teama unei paralizii înainte de accidentul vascular propriu-zis (LUTEMBACHER), sau în cazul existenţei unui accident, nu admit un al doilea accident vascular la distanţă previzibilă, deşi au experienţa din prima paralizie.

Anozognozia poate îmbrăca mai multe forme în cadrul sindromului Anton-Babinski :

- subiectul transferă asupra hemicorpului drept toate senzaţiile şi funcţiile hemicorpului sting ;
- subiectul admite existenţa hemicorpului stîng ca latură independentă a corpului lui ;
- subiectul are sentimentul existenţei alături de el, fie a unui segment (mînă sau picior) care ar aparţine unei alte persoane, fie a unei a treia extremităţi (al treilea braţ sau picior), fie a unui segment străin de corpul lui (identificat uneori ca un şarpe).

ALAJOUANINE arăta că jargonofazia (a cărei apartenenţă la grupul anozognoziilor fusese indicată chiar de ANTON), ca disoluţie a structurilor semantice, nu este recunoscută de către subiect, combinîndu-se uneori cu imposibilitatea de a exprima această nerecunoaştere. La aceasta, DEJERINE adăuga surditatea verbală pură, ca putînd fi asimilată grupului fenomenelor anozognologice, prin nerecunoaşterea sa de către bolnav.

Afaziile senzoriale, în care domină tulburările de înţelegere, sînt necunoscute de către subiect, constituind un fenomen în care anozognozia este prezentă fără a fi ubicuitară.

Uneori, în sindromul Anton, bolnavul îşi ignoră cecitatea, sau încearcă să invoce calitatea ochelarilor sau obiecte străine în ochiul drept, ca explicaţie a faptului că nu vede.

GAYRAL încearcă să asimileze anozognoziei cazul unei gravide care şi-a ignorat starea de maternitate şi a născut fără dureri (datorită unei insensibilităţi congenitale la durere). O astfel de încercare este însă insolită şi exagerată, „anozognozia" nefiind, în acest caz, rezultatul unei leziuni centrale.

820. **ANOZOMELIE** (cf. gr. *a-*; *nosos*; *melos* „membru, parte a corpului") ● Defect de percepţie şi integrare, ce face imposibilă recunoaşterea existenţei unui segment bolnav. Este o agnozie de schemă corporală, ceea ce presupune respectarea elementelor definitorii ale agnoziei → AGNOZIE.

821. **ANQUIL**(M) Anglia, Belgia — DCI *Benperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil)propil/-4-piperidil/-2-benzimidazolină, indicat în neliniştea şi agitaţia din psihozele schizofrenice catatonice şi paranoid-halucinatorii, psihoze de involuţie, manie. În afara efectelor secunnare clasice ale NL incisive, trebuie menţionată acţiunea sa preconvulsivantă şi faptul că diminuează acţiunea L-Dopa.

822. **ANSEPRON**(M) Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acţiune miorelaxantă sedativă şi valenţe anxiolitic-anticonvulsivante. Este de o bună toleranţă, efectele secundare fiind practic nule.

823. **ANSIACAL**(M) Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON(M) România.

824. **ANSIETAN**(M) Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT(M) România.

825. **ANSILAN**(M) Iugoslavia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi uşor anxiolitică; are o singură contraindicaţie: miastenia.

826. **ANSILOR**(M) Portugalia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

827. **ANSIOLIN**(MC) Argentina ● Produs terapeutic conţinînd două medicamente tipizate cu acţiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- AMITRIPTILINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- OXAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune antidepresiv-sedativ-anxiolitică.

828. **ANSIOLISINA**(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

829. **ANSIOPAX**(M) Portugalia — DCI *Dibenzepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-(dimetilamino)etil/-5,10-dihidro-5-metil-11 H-dibenzo/b, e//1,4/diazepin-11-onă, cu acţiune antidepresivă şi tranchilizant de valoare medie. Nu se asociază cu IMAO.

830. **ANSIOPAZ**(M) Columbia, Ecuador, Peru — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic miorelaxantă şi sedativă. Are o bună toleranţă şi efecte sedativ-hipnotice mai modeste.

831. **ANSIOTEX**(M) Brazilia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANSILOR(M) Portugalia.

832. **ANSIOWAS**(M) Spania ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANSIETAN(M) Italia.

833. **ANSIUM**(MC) Spania ● Produs terapeutic conţinînd:

- SULPIRIDE(M) — neuroleptic, derivat benzamidic;
- DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

834. **ANSIUS**(M) Portugalia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANSILAN(M) Iugoslavia.

835. **ANSOTOMIE** (cf. lat. *ansa* „toartă, miner"; gr. *tome* „tăiere, secţionare") ● Metodă folosită în neurochirurgie, urmărind suprimarea mişcărilor involuntare (ca de exemplu, în boala Parkinson) prin întreruperea stereotaxică a fibrelor nervoase care formează ansa lenticulară.

836. **ANTABUSE**(M) Anglia — DCI *Disulfiram* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANTALCOL(M) România.

837. **ANTAGONISTE**(H) *halucinaţii* (cf. gr. *anti* „contra"; *agon* „luptă") — sin. CONTRADICTORII(H) halucinaţii ● Halucinaţii acustico-verbale care-i creează subiectului senzaţia că vocile sînt opuse în ceea ce priveşte conţinutul mesajului pe care doresc să-l transmită. Astfel, în timp ce unele voci îl încurajează, altele îl injuriază (MARCHAIS). Disjuncţia tematică a halucinaţiilor poate fi marcată şi de perceperea diferenţiată a celor două tipuri de halucinaţii: o ureche este destinată celor favorabile, cealaltă celor defavorabile. Stîrnesc contrarietate şi anxietate subiectului.

Se intîlnesc în psihozele cronice, mai ales în cele de origine alcoolică.

838. ANTAGONIŞTI DE HISTAMINĂ → ANTIHISTAMINICE.

839. ANTALCOL(M) România — DCI *Disulfiram* ● Acţiunea sa constă în oprirea metabolizării alcoolului în faza aldehidei acetice, prezentînd şi marele avntaj de a face dezagreabil consumul de alcool, prin apariţia, la 10—15 minute după ingestia alcoolului, a hiperemiei feţei, gîtului, trunchiului, senzaţiei de căldură, cu tahicardie, cefalee, hipotensiune, dispnee, tuse, greaţă, vărsături, fenomene ce retrocedează treptat. Administrarea antalcolului fără consum concomitent de alcool nu provoacă nici unul din simptomele dezagreabile descrise. Este indicat în tratamentul alcoolismului cronic. Prezintă însă cîteva contraindicaţii : afecţiuni cardiace, renale, hepatice severe, boală ulceroasă, epilepsie, psihoze, hipertiroidie, astm bronşic, sarcină şi consumul de alcool în cantităţi mari (urmări severe). Se administrează timp de 4 zile cîte 1 g/zi pe nemîncate, apoi se efectuează prima probă de sensibilizare — prin ingestie de alcool sub supraveghere ; în continuare se scade doza pentru următoarele patru zile la 0,750 g şi se mai efectuează încă 1—2 probe de sensibilizare ; din nou se scade doza pentru următoarele patru zile cînd se efectuează încă 1—2 probe. În general sînt suficiente patru probe pentru obţinerea unui efect condiţionat de dezgust. Tratamentul de întreţinere : 0,500 sau 0,250 g/zi timp de 1—3 luni este suficient pentru obţinerea rezultatului scontat. Tratamentul de atac şi stabilirea dozei de întreţinere se fac numai sub supraveghere medicală. Atragem atenţia asupra riscului administrării tratamentului „în familie — de către familie" (fără ştirea subiectului) existînd mari pericole.

Produşi farmaceutici similari :

ANTABUSE(M)	Anglia
ESPERAL(M)	Franţa
ATAETHYL(M)	R.F.G.
CONTRALIN(M)	R.D.G.

840. ANTALGIC (cf. gr. *anti* „contra" ; *algos* „durere") ● Element ce alină sau înlătură durerea. Termenul este utilizat atît pentru denumirea poziţiei (poziţie antalgică), cît şi pentru medicaţie (medicament antalgic).

841. ANTAPENTAN(M) Austria — DCI *Fen-* ANTAPETAN(M) Elveţia *dimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, TDS ; contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

842. ANTECEDENT (cf. lat. *antecedens* „care precede") ● Termen care are mai multe accepţiuni :

● În sens general filozofic — orice fenomen care precedă un alt fenomen.

● În logică — prima parte a unei implicaţii ; în propoziţii compuse, de forma „dacă ... atunci", antecedentul se referă la un fapt din care, odată realizat, decurge un alt fapt, marcat în cea de a doua parte a implicaţiei, introdusă prin „atunci" şi numită consecvent.

● În medicină — componentă a anamnezei, constînd din asamblarea, de obicei într-o ordine cronologică, a datelor ce prezintă semnificaţii şi care au premers momentului declanşării bolii actuale. Examenul psihiatric, ca de altfel orice examen medical, nu poate ignora fenomenele premorbide care ţin pe de o parte de încărcătura eredo-colaterală, iar pe de altă parte, de trecutul patologic propriu al persoanei. Astfel, se menţionează dacă există la rudele de gradul I sau II afecţiuni psihice cu potenţial de transmitere la descendenţi (PMD, schizofrenii, eventual demenţe, boli degenerative neurologice, psihopatii „de nucleu", dezvoltări patologice reactive ale personalităţii). Dacă acest tip de antecedente ne furnizează numai imaginea unui fundal genetic, pe care se desfăşoară existenţa subiectului aflat în suferinţă, datele referitoare la trecutul său fiziologic (circumstanţele de desfăşurare a naşterii, dezvoltarea psihomotorie în copilărie, cu implicaţii în cazul oligofrenilor) sau patologic (afecţiuni infecţioase, toxice, traumatice, endocrine, neurologice sau legate de perioada maternităţii) au o semnificaţie mai directă în stabilirea diagnosticului. Antecedentele de aspect patologic, îndeosebi, au un rol determinant (ca în cazul patologiei psihoorganice cerebrale) sau favorizant pentru unele tulburări psihice cu caracter reactiv sau acompaniator (patologia „psihosomatică", patologia somatică concomitentă care lasă urme, mai superficiale sau mai profunde, în psihicul subiectului). O bună culegere a acestor date privind etapa premergătoare afecţiunii prezente a subiectului şi valorificarea lor istorică adecvată reprezintă jaloane importante în cursa diagnostică şi terapeutică pe care o angajează clinicianul psihiatru, ca şi în conturarea prognosticului.

843. **ANTEPAN**(M) Portugalia ● Psihosti- sin. mulent anorexigen → ANTAPENTAN(M), ANTAPETAN(M) Austria, Elveția.

844. **ANTEROGRADĂ** (cf. lat. *anterior* „mai înainte" ; *gradi* „a merge") ● Adjectiv ce desemnează derularea unor evenimente anterior unui moment anume, cu semnificație în procesul de condiționare (stimulul condiționat precedă stimulul necondiționat — condiționare anterogradă), ca și în apariția și evoluția unor tulburări psihice. Referirea se face de obicei la tulburările de memorie, amnezia anterogradă sau de fixare (RAUSCHBURG, 1921), reflectînd faptul că agresiunea a delimitat o perioadă dinaintea producerii sale, în care evocările sînt intacte, și o altă perioadă, după intervenția factorului agresiv, în care imaginile și evenimentele nu mai pot fi fixate și deci nici evocate. Acest tip de amnezie este întîlnit în reacții psihogene, sindroame nevrotice, sindrom Korsakov (alcoolic, traumatic și infecțios), sindrom confuzional, psihoza maniaco-depresivă, presbiofrenie → AMNEZIE.

845. **ANTIADIPOSITUM**(MC) Elveția ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează. Este compus din :

- CATHINĂ(M) — neoanaleptic, derivat feniletilaminic ;
- CAFEINA(M) — stimulent psihomotor.

Are acțiune stimulent-psihomotorie.

846. **ANTIBIOTICE** (cf. gr. *anti* „contra" ; *bios* „viață") ● Denumire dată de WAKSMAN (creatorul streptomicinei) grupei de medicamente cu acțiune de distrugere sau inactivare a germenilor patogeni : virusuri, plasmide, rickettsi, micoplasme, bacterii, fungi patogeni, protozoare, metazoare. Clasificarea antibioticelor se face în funcție de : structura chimică (penicilina, macrolide, tetracicline, nitrofuran) ; tipul spectrului de acțiune (germenii asupra cărora acționează antibioticul) ; acțiunea predominantă pe un anumit agent patogen (tuberculostatice, antifungice) ; acțiunea selectivă în infecții localizate (infecții urinare, intestinale etc.) — M. ANGELESCU.

Indicațiile terapeutice ale acestui grup de medicamente sînt constituite din : infecții cu germeni specifici (tratamentul implică alegerea antibioticului „țintit", specific germenului), infecții bacteriene nespecifice, terapie profilactică pentru contacții cu subiecți prezentînd o boală infecțioasă transmisibilă. Reacțiile adverse ale antibioticelor se traduc clinic prin : fenomene de intoleranță locală, toxicitate (ototoxicitate — oligozaharide, aminozaharide, polipeptide ; nefrotoxicitate — neomicină, polimixină, kanamicină, gentamicină etc. ; medulotoxicitate — cloramfenicol, sulfamide ; hepatotoxicitate — acid paraaminosalicilic, izoniazidă, rifampicină ; neurotoxicitate — nitrofurantoin, penicilină — poate determina compulsii dacă este introdusă în lichidul cefalorahidian, efect teratogen), carențe vitaminice, fenomene de tip Herzheimer, șoc anafilactic, tulburări psihice — streptomicina poate determina modificări ale dispoziției în sensul depresiei sau euforiei, scăderea performanțelor intelectuale, dismnezii, disprosexii.

Cele mai importante manifestări psihice secundare terapiei apar în cazul utilizării tuberculostaticelor. Este bine cunoscută astfel euforia tuberculoșilor tratați cu izoniazidă, mai rar apărînd și manifestări catatonice sau despresive, uneori crize convulsive. Mecanismele prin care apar aceste tulburări psihice sînt încă discutate ; sînt incriminate scăderea eliminării urinare a 17-cetosteroizilor, cu creșterea deci a cortizolemiei, toxicitatea amoniului eliberat de izoniazidă, efectul antivitamină B_6 etc. Streptomicina poate determina apariția encefalopatiei ; cicloserina — agresivitate ; etionamida — depresie anxioasă. În marea lor majoritate aceste tulburări dispar odată cu încetarea administrării drogului. Apariția lor este favorizată de asocierea alcoolismului. În afară de tuberculostatice și alte antibiotice au ca efecte secundare tulburări psihice : nitrofurantoinul și sulfamidele produc cefalee, vertij, astenie. Terapia antibiotică în psihiatrie este folosită (din ce în ce mai rar însă din cauza rarității cazurilor) în tratamentul curativ și profilactic al meningo-encefalitei cronice difuze, luetice, în delirurile infecțioase, care cedează spectaculos după un tratament antibiotic corect administrat.

847. **ANTICIPARE** (cf. lat. *anticipare* „a o lua înainte") ● Termenul desemnează „orice acțiune sau imagine care se declanșează înaintea condițiilor ce o provoacă" (F. BARTLETT) sau orice „reacție care, în virtutea ritmului sau a condiționării, precede stimulul la care corespunde adaptarea" (H. PIERON). Anticiparea apare deci ca o componentă „antemergătoare" sau de devansare a stimulilor și situațiilor, stînd la baza oricărui proces adaptativ. Ca reacție de apărare, caracterizează întregul regn animal, observîndu-se chiar la nevertebratele inferioare de tipul celenteratelor (H. PIERON, 1907) și protozoarelor.

(METEINIKOV, 1916). Exemplul clasic din lumea animală este furnizat de comportamentul de căutare a hranei de către cobai într-un labirint. Imboldurile prin care ființa umană își trăiește viitorul, prin care se proiectează în viitorul său existențial, schițîndu-și noile acțiuni și dîndu-le o orientare favorabilă lui, se deosebesc astfel de simpla previziune. În mod normal, anticiparea presupune atît elemente logice, cît și elemente nelogice legate de afectivitate. Ea este pozitivă și determină activarea subiectului atunci cînd, studiind situația dorită și datele concrete externe, întrevede posibilitatea rezolvării favorabile lui. Altfel, anticiparea este negativă și determină acțiuni de retragere. Maxima elaborare și specificitate este atinsă la nivel uman, ca demers al gîndirii (anticipare operațională) și acțiuni voluntare. O. SELZ a fost primul care a pus în evidență importanța anticipării în înțelegerea și rezolvarea de probleme (ipoteze, plan rezolutiv etc.). Orice act voluntar, de la cel perceptiv-observațional, pînă la cel decizional-executiv (rezolvarea unei sarcini concrete sau atingerea unui scop), implică în diverse grade și în anumite puncte strategice procese anticipatorii cu rol de corecție sau ajustare. În structura tuturor conduitelor umane există modele (scheme, planuri mintale) sau reprezentări mintale (imagini) ale situațiilor cărora le corespund respectivele comportamente. Experiența cotidiană ne oferă suficiente exemple referitoare la caracterul predominant anticipativ și proiectiv al gîndirii care, pornind de la anumite elemente de bază, „construiește" în mod regulat scheme anticipatorii. Astfel, în lectura unui text, percepția vizuală a șirului de semne devansează codificarea și pronunțarea cuvintelor. Fiecărei structuri mintale îi corespunde un anumit tip de anticipare, ceea ce face ca aceasta să poarte, în cadrul psihopatologic, marca fiecărei boli în parte. Alterarea caracterului adaptativ al anticipării se manifestă în anumite situații de stress continuu, a nevrozelor și depresiilor de epuizare — anticiparea anxioasă — a eșecului, a unei nenorociri iminente sau a unei catastrofe, ultima accepțiune fiind mai apropiată de premoniție sau de previziunea morbidă și în destructurările majore ale personalității, de natură endogenă, în „micul automatism mintal" descris de G. CLERAMBAULT în care găsim, în afara unor evocări de amintiri și a unor preocupări abstracte sterile, fapte de anticipare ale gîndirii cu caracter arbitrar, logic.

848. **ANTICIPARE**[II] *reacție* ● Caracteristică biologică cu rol adaptativ, constînd în reacția (de orientare, de pregătire, de ajustare etc.) care se produce înainte de declanșarea stimulului, fie ca urmare a unui ritm regulat de stimulare, fie printr-o semnalizare specifică ce precede stimulul propriu-zis. Reacția de anticipare este mediată cognitiv printr-un lanț de acțiuni mintale cu caracter prospectiv, de scopuri conștiente și verigi efectorii, în direcția realizării celei mai eficiente acțiuni.

849. **ANTICONFORMISM** (fr. *anticonformisme* ; cf. gr. *anti* ; lat. *conformare* „a modela, a forma") ● Noțiune opusă celei de conformism și care desemnează un ansamblu de manifestări, reacții, atitudini (constituite sau nu într-un mod de existență) ce nu corespund normelor și regulilor grupului, caracterizîndu-se printr-o notă evidentă de opoziție față de aceste norme. Antinomia conformism-anticonformism intră în aceeași categorie cu opoziția vechi-nou. În general conformismul urmează tradiția. Anticonformismul sau non-conformismul poate fi normal sau patologic. Astfel, la copii, există reacții de negativism care nu depășesc limitele normalului ; pot fi de asemenea normale reacțiile de opoziționism ale adolescentului.

În psihopatologie, personalitățile accentuate și dizarmonice au frecvent reacții anticonformiste (în special personalitățile impulsive, paranoiace și isterice) ; non-conformismul lor poate merge pînă acolo încît el implică un grad de pericol social. La personalitățile schizoide și la introvert, în genere, atitudinile non-conformiste pot fi de asemenea frecvente, dar ele nu au și un aspect antisocial periculos — la baza acestor atitudini stau evenimentul interior, ideile proprii, inovatoare, proiectele originale.

În artă (literatură, pictură etc.) non-conformismul caracterizează îndeosebi romantismul și, în forme mai pregnante, așa-numitele curente avangardiste (suprarealism, expresionism, futurism, dadaism, cubism etc.).

850. **ANTICONVULSIVANTE** (cf. gr. *anti* ; lat. *convulsio* „convulsie") — sin. ANTICOMIȚIALE ; ANTIEPILEPTICE ● Produși farmaceutici a căror proprietate (principală sau secundară) este impiedicarea apariției acceselor convulsivante din epilepsie sau determinate de tumori intracraniene, intoxicații, perturbări vasculare. În cadrul grupei anticonvulsivantelor sînt reunite, în mare, două categorii de produse : barbiturice și nebarbiturice.

- **anticonvulsivante barbiturice :** FENOBARBITAL(M), GARDENAL(M), LEPINAL(M), LUMINAL(M), SEVENAL(M) şi desigur toată seria barbiturică.
- **anticonvulsivante nebarbiturice :**
  - **seria sedativă nehipnotică** (acţiune anticonvulsivantă modestă) :
    — *Bromisovalum*(DCI) :
    BROMOVAL(M), ALBROMEN(M), ALUVAL(M), ISOVAL(M) ;
  - **seria benzodiazepinelor ;**
    — *Diazepam*(DCI) :
    DIAZEPAM(M), VALIUM(M), FAUSTAN(M), RELANIUM(M) ;
    — *Clonazepam*(DCI) :
    CLONEX(M), CLONAPIN(M), LANDSEN(M), RIVOTRIL(M) ;
  - **seria carbamazepinelor :**
    — *Carbamazepin*(DCI) :
    BISTON(M), FINLEPSIN(M), STAZEPIN(M), TEGRETOL(M) ;
  - **seria hidantoinelor :**
    — *Fenitoinum*(DCI) :
    FENITOIN(M), DIHIDAN(M) DOPHENIN(M), DIPHEDAN(M) ;
  - **seria dionelor :**
    — *Primidonum*(DCI) :
    PRIMIDON(M), MYSOLIN(M), MAJSOLIN(M)
    — *Trimetadionum*(DCI) :
    TREPAL(M), TRIMEDAL(M), TRIDIONE(M), EPIDIN(M) ;
  - **seria suximidelor :**
    — *Norsuximid*(DCI) :
    MORFOLEP(M) ;
    — *Etosuximidum*(DCI) :
    SUXILEP(M), ZARONTIN(M).

Mai jos sînt prezentate succint cîteva anticonvulsivante utilizate curent, în scopul orientării rapide în alegerea produsului, în funcţie de cîţiva parametri :

Tabel nr. XVIII

	Eficienţa în formele :				*Reacţii adverse*	*Contraindicaţii*
	GM	*Alte*	*PM*	*toxicitate*		
FENITOIN	++	++	—	redusă	tulburări digestive, vertij, nistagmus, rar fenomene psihotice	crize PM
FENOBARBITAL	++	++	+	redusă	sedare, erupţii alergice somnolenţă	diabet, insuficienţă hepatică şi renală
PRIMIDON	++	++	—	medie	somnolenţă, nistagmus, diplopie, rar fenomene psihotice	discrazii sanguine
STAZEPIN	—	+	++	medie	discrazii sanguine	hipertensiune oculară
TREPAL	numai asociat	++	++	mare	rar fenomene toxice, dermatită, LED, anemie aplastică	discrazii sanguine
MORFOLEP	nulă	—	++	medie	uşoare tulburări dispeptice, somnolenţă	discrazii sanguine
SUXILEP	nulă	nulă	++	foarte redusă	tulburări digestive, fenomene alergice, agitaţie	discrazii sanguine

Cu excepţia : STAZEPINULUI, MORFOLEPULUI şi SUXILEPULUI (şi a întregii grupe), care acţionează numai în combaterea convulsiilor de origine epileptică, restul acţionează în convulsii atît de origine epileptică cît şi de altă natură.

În vederea obţinerii succesului terapeutic scontat, nu trebuie omise cîteva elemente :

- pentru formele grand mal şi psihomotorii ar fi de dorit să opteze pentru : FENITOIN sau FENOBARBITAL, eficiente şi cu o toxicitate redusă ; numai dacă

nu se obține răspuns, se va apela la PRIMIDON ;

- FENITOINUL nu este numai lipsit de eficiență în petit mal, dar este și contraindicat ;
- pentru ambele forme petit mal și psihomotorii, singurul eficient pare a fi STAZEPINUL ;
- pentru formele petit mal ar fi de dorit să se aleagă în ordine între SUXILEP (toxicitate foarte redusă), MORFOLEP și STAZEPIN (toxicitate medie) și numai în absența rezultatelor acestora la TREPAL (toxicitate mare) ;
- asocierea TREPAL cu FENITOIN sau FENOBARBITAL pentru formele grand mal și mixte nu este foarte recomandabilă (evident, în afară de cazurile de mare necesitate), avînd în vedere creșterea toxicității ;
- dozajul — trebuie să existe asigurarea că a fost suficient de mare, înainte de a abandona sau schimba un produs cu altul.

851. **ANTIDELIRANTE** (cf. gr. *anti-* ; lat. *delirare-*) —sin.→ NEUROLEPTICE INCISIVE.

852. **ANTIDEPRESIVE** (cf. gr. *anti-* ; lat. *depression* „coborîre") ● Grupe de substanțe cu structură chimică diferită, avînd ca proprietate biochimică comună acțiunea în metabolismul aminelor cerebrale : noradrenalină, 5-hidroxitriptamină, dopamină (neurotransmițători), fie prin inhibiția recaptării acestora la nivelul terminațiilor postsinaptice, fie prin acțiunea asupra MAO. Au ca rezultat creșterea cantității de neurotransmițători în fanta sinaptică și, din punct de vedere chimic, efect timoleptic și timoanaleptic, constituind astfel tratamentul de elecție în patologia afectivă, prima terapie psihotropă care se adresează mecanismului patogen.

În 1957 M. KLINE (S.U.A.) și R. KUHN (Elveția) publică rezultatele cercetărilor lor privind acțiunea asupra subiecților depresivi a două substanțe diferite ca structură chimică, devenite ulterior cap de serie a celor două mari clase de antidepresive : IMAO și triciclicele (iproniazida, comercializată ulterior sub numele de MARSILID și IMIPRAMINA/G22355/, viitorul TOFRANIL). Aceste descoperiri, realizate la numai cinci ani de la introducerea neurolepticelor în terapeutică, au lărgit nebănuit de mult arsenalul terapeutic psihiatric, contribuind totodată și la încercarea de elucidare a substratului biochimic al psihozelor afective. În anii '60 se individualizează a doua generație de antidepresive — antidepresivele sedative : AMITRIPTILINA (1960), LAROXYL, ELAVIL; TRIMIPRAMINA, 1962 (SURMONTIL), iar în anii '70 sînt introduse în terapia depresiilor substanțe care, deși active asupra simptomelor țintă, prezintă efecte secundare minime, contraindicațiile terapiei cu antidepresive devenind din ce în ce mai restrînse.

Deși nu foarte concludent, după majoritatea autorilor, criteriul relației dintre structura chimică și mecanismul de acțiune rămîne pînă în prezent suportul tuturor încercărilor de clasificare. Din punct de vedere al structurii chimice — clasificare devenită deja clasică — antidepresivele se împart în :

- *Antidepresive ciclice* :
  - triciclice :
    - — derivați de iminodibenzen :
      Imipramina(DCI) : ANTIDEPRIN(M), TOFRANIL(M)
      Clomipramina(DCI) : ANAFRANIL(M)
      Trimipramina : HERPHONAL(M), SURMONTIL(M) ;
    - — derivați ai iminostilbenului :
      Opipramol(DCI) : INSIDON(M)
      Carbamazepina(DCI) : TEGRETOL(M),
    - — derivați ai dibenzocicloheptadienului :
      Amitriptilina(DCI) : AMITRIPTILIN(M), TEPERIN(M)
      Nortriptilina(DCI): NORTRIPTILINA(M), AVENTYL(M) ;
    - — derivați ai dibenzocicloheptatrienului:
      Protriptilina(DCI) : TRIPTIL(M), VIVACTIL(M) ;
    - — derivați antracenici :
      Melitracen(DCI) : TRAUSABUN(M) ;
    - — derivați dibenzodiazepinici :
      Dibenzepina(DCI) : NOVERIL(M) ;
    - — derivați dibenzotiazepinici :
      Dosulepin(DCI) : PROTHIADEN(M),
      Doxepina(DCI) : SINEQUAN(M) ;
  - atipice (bi- sau triciclice) :
    Maprotilina(DCI) : LUDIOMIL(M),
    Mianserina(DCI) : LERIVON(M) ;
- *Antidepresive IMAO* :
  - — derivați hidrazinici ;
  - — derivați hidrazidici ;
  - — alte substanțe.

În 1980 LAMBERT propune o clasificare clinică a antidepresivelor, ierarhizindu-le în funcție de efectul lor stimulent și sedativ, obținînd o scală asemănătoare celei a neurolepticelor :

- *majore* — cu efect asupra depresiei de intensitate psihotică :
  Desipramina(DCI) : PERTOFRAN(M),
  Clomipramina(DCI) : ANAFRANIL(M)

Imipramina(DCI) : ANTIDEPRIN(M), TOFRANIL(M)
Nortriptilina(DCI) : NORTRILEN(M), AVENTYL(M)
Amitriptilina(DCI) : TEPERIN(M), LAROXIL(M)
Trimepramina(DCI) : SURMONTIL(M), HERPHONAL(M),
Doxepina(DCI) : SINEQUAN(M)

- minore — care sînt capabile de a determina remisia depresiei de intensitate nevrotică :
  Dosulepina(DCI) : PROTIADEN(M)
  Maprotilina(DCI) : LUDIOMIL(M)
  Mianserina(DCI) : LERIVON(M)
  Dibenzepina(DCI) : NOVERIL(M)
  Protriptilina(DCI) : CONCORDINE(M)

ZARIFIAN și COUCHE au stabilit o scală în care antidepresivele sînt situate în ordinea descrescîndă a intensității efectului lor psihoton :

Psihoton
↓ IMAO
Clomipramina — ANAFRANIL(M)
Imipramina — ANTIDEPRIN(M)
Protriptilina — TRIPTIL(M), VIVACTIL(M)
Nortriptilina — AVENTIL(M)
Doxepina — SINEQUAN(M) ; Dibenzepina — NOVERYL(M)
Mianserina — ATHYMIL(M), LERIVON(M)
Maprotilina — LUDIOMIL(M) ; Amitriptilina — TEPERIN(M)
Trimepramina — SURMONTIL(M), HERPHONAL(M), SAPILENT(M)
⟶Sedativ.

Antidepresivele IMAO își datorează denumirea proprietății de blocare a monoaminooxidazei (MAO), enzima responsabilă de degradarea monoaminelor, din această blocare rezultînd o acumulare de neuro-mediatori în fanta sinaptică. Ca efecte psihotrope, IMAO reprezintă un stimulent major, motiv pentru care au mai fost denumite și timoeretice, cu acțiune în depresiile inhibate cu evoluție trenantă, rezistente la alte psihotrope sau la terapia electroconvulsivantă ; utilizarea lor este totuși restrînsă, din cauza unor inconveniente majore (imposibilitatea de administrare concomitentă IMAO — triciclice, interdicția de anestezie generală la subiecții sub tratament IMAO, precauție în alimentație cu excluderea alimentelor care conțin tiramină etc.).

În ultimul timp a crescut din nou interesul pentru IMAO, sintetizîndu-se IMAO selective : IMAO (a) și IMAO (b), avînd în vedere cele două (sau multiple) forme de monoaminooxidază ; MAO (a) — intraneuronală, cu acțiune predominantă asupra 5-hidroxitriptaminei și noradrenalinei, sensibilă la CLORGYLINE și la alcaloizi naturali (hormolina și hormina) care o inhibă reversibil ; și MAO (b) — extraneuronală, care acționează predominent asupra feniletilaminei și benzilaminei și care este inhibată preferențial de DEPRENYL. În prezent produsele MAO selective nu mai prezintă „cheese-efect" („efectul brînză") și nu mai necesită urmarea unor regimuri alimentare speciale.

IMAO are două tipuri de efecte farmacologice :

- legate de efectul inhibitor IMAO :
  - efecte antidepresive ;
  - efecte antihipertensive ;
  - efecte anticonvulsivante.
- nelegate de efectul IMAO :
  - acțiune stimulantă de tip amfetaminic ;
  - acțiune gangloplegică ;
  - acțiune anestezică locală ;
  - acțiune antitrombotică.

În privința interacțiunii cu alte medicamente, efectul este de potențare (intensitate și gravitate nedorită) a antidepresivelor triciclice, a stimulantelor sistemului nervos central (cafeina, metilfenidatul), a depresoarelor sistemului nervos central (neuroleptice, barbiturice, analgezice), a medicației antihipertensive.

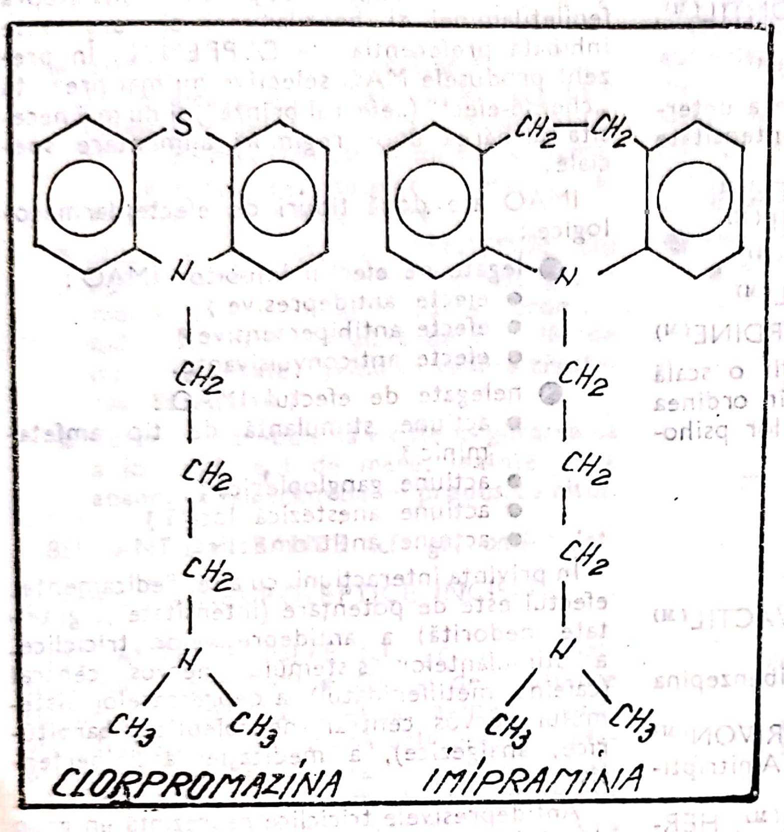
Antidepresivele triciclice reprezintă un grup de substanțe chimice apropiate ca structură de fenotiazine :

Se împart, după structura chimică, în :

- derivați de iminodibenzen : imipramina, clorimipramina, trimipramina ;
- derivați de iminostilben : opipramol, carbamazepină ;
- derivați ai dibenzocicloheptadienului : amitriptilină, nortriptilină ;
- derivați ai dibenzocicloheptatrienului : protriptilină ;
- derivați antracenici : melitracen ;
- derivați dibenzotiazepinici : dosulepin, doxepine.

Farmacocinetică. Absorbția în tractul intestinal este rapidă pentru imipramină, desipramină, protiptilină și doxepin și mai lentă pentru amitriptilină și nortriptilină ; odată absorbite, sînt rapid distribuite, cele mai mari concentrații găsindu-se în ficat, plămîni și creier. La nivelul creierului, cele mai mari concentrații au fost găsite la nivelul ganglionilor bazali, iar cele mai reduse în cerebel. Metaboli-

zarea are loc în ficat prin oxidare, dismetilare şi glicuronoconjugare, excreţia făcîndu-se sub formă de compuşi glicuronici în cea mai mare parte, un mic procent constituindu-l substanţa nemetabolizată.



Concentraţia plasmatică a triciclicelor (fără legătură directă concentraţie plasmatică/efect terapeutic, după majoritatea autorilor) se întinde pe un registru larg, în funcţie de : substanţă, în organism, doză administrată (unică sau continuă) :

- imipramina ; 75—100 mg/zi — 10—300 ng/ml
- amitriptilina ; 75—100 mg/zi — 20—250 ng/ml
- nortriptilină ; 75—100 mg/zi — 50—300 ng/ml.

Efecte farmacologice :

- antagonizează efectele rezerpinei ;
- antagonizează catalepsia produsă de neuroleptice ;
- antagonizează efectele produse de substanţele parasimpaticomimetice ;
- potenţează efectele amfetaminelor (comportamente stereotipe, creşterea motilităţii) ;
- blochează receptorii colinergici de unele efecte atropinice ;
- acţionează asupra receptorilor histaminici, din această acţiune rezultînd efectul sedativ al unor antidepresive.

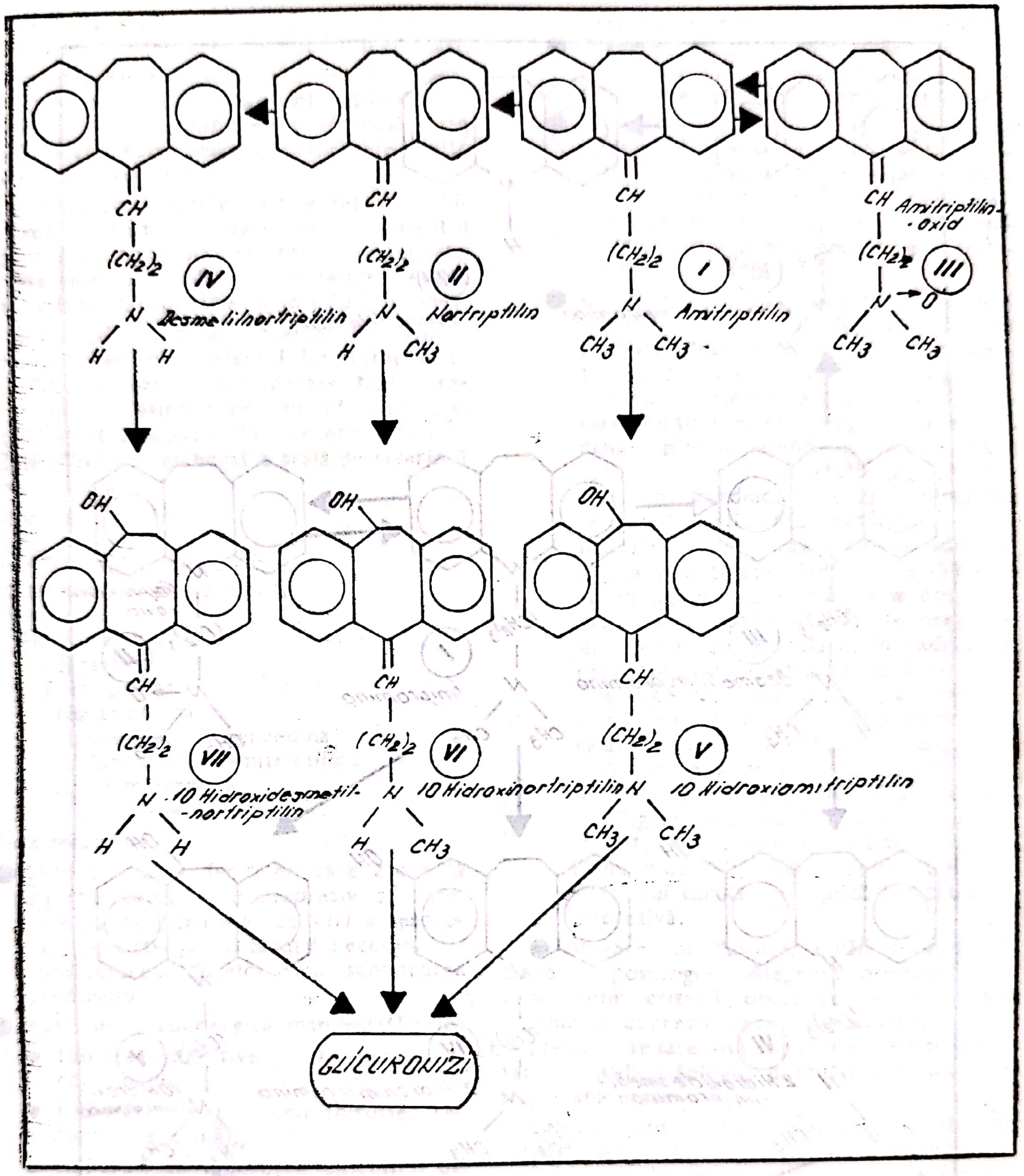
Mecanism biochimic de acţiune. Încă din 1965 a fost constatată blocarea de către imipramină a recaptării monoaminelor cerebrale în terminaţiile presinaptice, acţiune imediată şi selectivă, în funcţie de formula chimică a antidepresivelor, asupra recaptării 5-hidroxitriptaminei sau noradrenalinei, această noţiune de bază dînd naştere primelor teorii biochimice ale depresiilor. Avînd în vedere că între această acţiune, care este imediată şi apariţia efectelor terapeutice există o perioadă de latenţă de 10 — 14 zile, relaţia directă dintre blocarea recaptării transmiţătorilor şi efectele clinice a fost pusă la îndoială. Prin marcarea radioactivă a neurotransmiţătorilor s-a putut studia acţiunea lor asupra receptorilor membranari, stabilindu-se lista diverşilor receptori existenţi la nivelul neuronilor monoaminergici.

În paralel cu aceasta s-a trecut la studiul efectelor repetate (diferite de efectele dozelor mici) asupra animalelor de experiment, constatîndu-se că, indiferent de formula chimică, antidepresivele determină o diminuare a numărului de receptori postsinaptici (atît serotoninergici cît şi noradrenergici) ; acest efect a fost denumit fenomenul de desensibilizare a receptorilor postsinaptici. Fenomenul a fost constatat şi după terapia electroconvulsivantă, el fiind considerat responsabil de efectele terapeutice antidepresive.

Cercetări recente asupra IMAO au demonstrat că majoritatea triciclicelor sînt inhibitori reversibili de MAO (b), ştergîndu-se astfel graniţa dintre cele două mari familii de antidepresive.

Caracteristici clinice. După aproape trei decenii de la descoperirea primelor antidepresive, obiectivele cercetării rămîn aceleaşi : eficacitate crescută, rapiditate de acţiune, diminuarea efectelor secundare nedorite. Progresul cel mai net s-a obţinut în privinţa dimi-

Scanned with OKEN Scanner

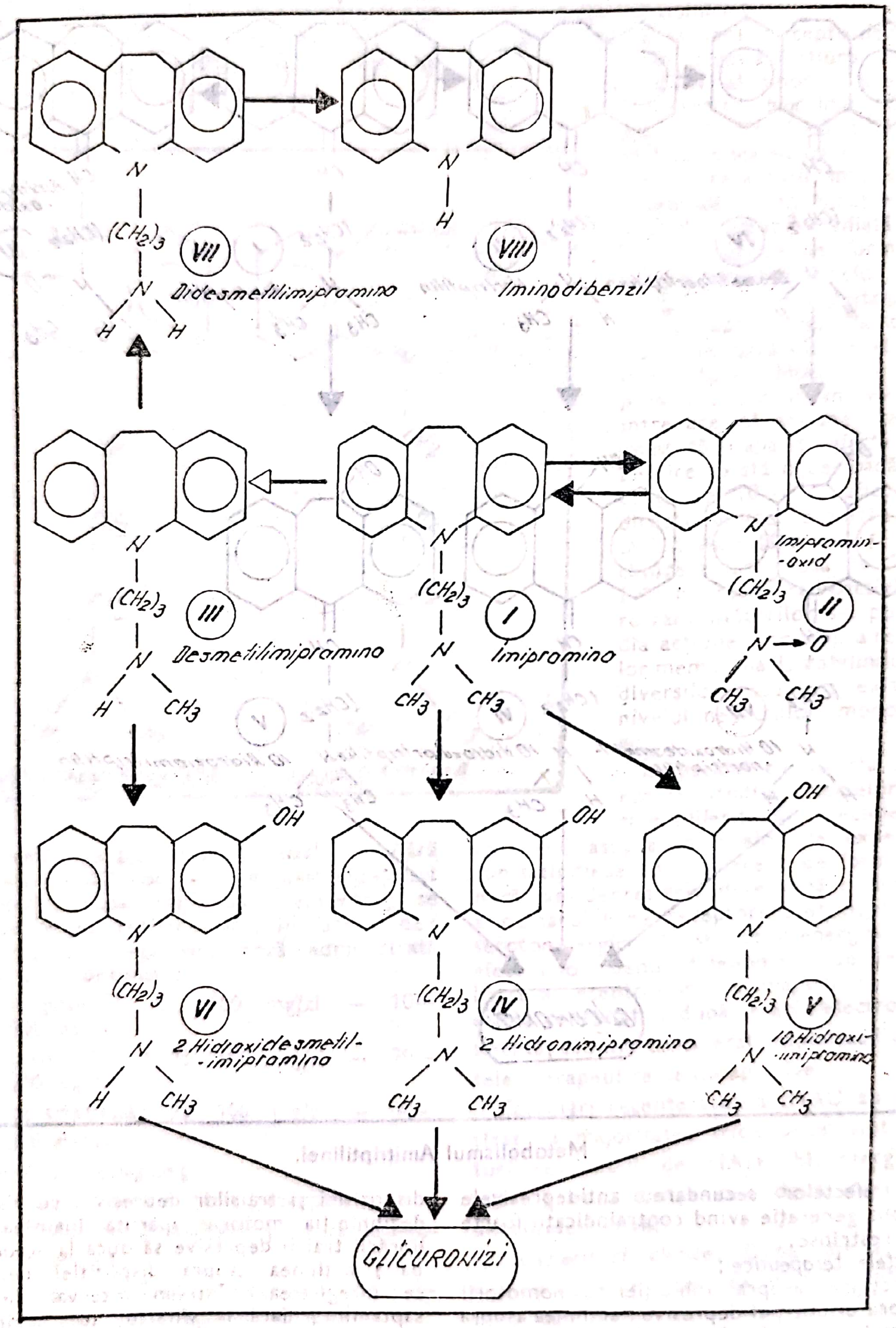


Metabolismul Amitriptilinei.

nuării efectelor secundare, antidepresivele din noua generaţie avînd contraindicaţii foarte mult restrînse.

Efectele terapeutice :

● Acţiune asupra inhibiţiei psihomotorii şi asupra dispoziţiei depresive : acţiunea asupra inhibiţiei este atît directă (cu cît produsul este mai „stimulant", cu atît acţiunea este mai netă) cît şi indirectă, prin modificarea dispoziţiei şi trăirilor depresive, cu riscul ca dezinhibiţia motorie apărută înaintea ameliorării trăirii depresive să ducă la actul suicidar ; acţiunea asupra dispoziţiei depresive se înregistrează într-un interval de 1—2 săptămîni ; dacă la sfîrşitul acestui interval nu se obţine „virajul afectiv" spre o timie pozitivă, este necesară schimbarea antidepresivului sau se va încerca o asociere. Uneori,



Metabolismul Imipraminei

În cadrul formelor bipolare, virajul afectiv poate constitui trecerea la starea maniacală,

- Antidepresivele sedative : amitriptilina, trimipramina, maprotilina sînt utilizate în cazurile în care componenta anxioasă este majoră, deși efectul sedativ întîrzie de multe ori efectul dezinhibitor.

- Tulburările funcțiilor vitale (apetit, libidou, somn) sînt corectate de tratamentul antidepresiv, normalizarea somnului constituind de cele mai multe ori un semn precoce al eficacității terapeutice a produsului ales.

- Numeroși autori au încercat clasificarea antidepresivelor după efectul lor terapeutic. KIELHOLZ a luat în considerare trei parametri : efect dezinhibitor, modificarea dispoziției, efect anxiolitic. Mai recent, LOÔ și CUCHE (1980) au elaborat o scală de referință bidimensională :

↑ Psihoton
IMAO
Nomifensina, Amineptina
Metapramina, Desipramina
Viloxazina
Elamipramina
Imipramina
Protriptilina
Nortriptilina
Doxepina, Dibenzepina
Maprotilina, Amitriptilina
Trimipramina
⟶ Sedativ.

Efecte secundare

- Somnolență — fenomen care apare la ingestia oricărui antidepresiv și care corespunde perioadei de vîrf a resorbției, persistența lui făcînd necesară reconsiderarea dozelor sau schimbarea produsului.
- Acțiune anticolinergică, manifestată prin:
  - tulburări digestive (uscăciunea gurii, constipație) ;
  - tulburări ale micțiunii (disurie, retenție de urină) ;
  - tulburări de vedere — dificultăți de acomodare.
- Tulburări de conducere miocardiacă : reversibile cu reducerea dozelor sau schimbarea produsului, ele sînt de temut în cazul tentativelor de suicid prin ingestie de antidepresive, motiv pentru care la începutul tratamentului este bine să nu se prescrie o cantitate mare de medicamente care să poată fi folosite în acest scop.

Conducerea tratamentului antidepresiv :

- Alegerea locului : ambulator, de cele mai multe ori ; mediul spitalicesc, pentru depresiile de intensitate psihotică.
- Indicații — îndeosebi căile depresive endogene, dar și cele reactive sau nevrotice, precum și în sindromul depresiv, epifenomen în cadrul unei patologii organice sau somatice, în care tratamentul antidepresiv se asociază tratamentului afecțiunii de fond.
- Contraindicații : este necesar un examen somatic minuțios și riguros care să permită depistarea eventualelor afecțiuni : oculare (glaucom) ; urologice — boli cu disectazie de col vezical (tulburări micționale ce merg de la simpla disurie pînă la retenție acută de urină) ; cardio-vasculare — tulburări majore de ritm cardiac, infarctul miocardic recent, insuficiența cardiacă ; comițialitatea — în cazul căreia administrarea de antidepresive trebuie să meargă în paralel cu o mărire a dozei de anticonvulsivante. Afecțiunile organice, în special cele vasculare, în cadrul cărora după administrarea de antidepresive apar stări confuzionale, acestea din urmă constituie uneori contraindicații relative ale tratamentului antidepresiv.

Avînd în vedere gama actuală largă de antidepresive, psihiatrul poate face o alegere judicioasă a produsului de folosit, în funcție de particularitățile și de modul individual de reacție a subiectului căruia i se aplică terapia antidepresivă.

- Alegerea produsului, a căii de administrare, a posologiei. Alegerea produsului în lipsa unor criterii obiective — mecanism biochimic depresiv/mecanism biochimic antidepresiv — se face însă după criterii empirice — tabloul psihopatologic dominat de depresie și/sau anxietate.

Calea de administrare se alege în funcție de intensitatea sindromului depresiv, administrarea parenterală reprezentînd calea de elecție a tratamentului de atac în stările depresive grave (perfuzii intravenoase sau administrare intramusculară), în timp ce administrarea per orală se aplică în depresiile de intensitate mică sau medie.

Pentru aprecierea intensității bolilor afective, în funcție de care se poate alege calea de administrare a antidepresivelor, se poate avea în vedere următorul ghid (parțial), sintetizat după N. MANDEL și G. KLERMAN :

Tabel nr. XIX

Criterii	Severă	Moderată	Ușoară
vîrsta	>40	>40	15—40
sex	♀≥♂	♀≥♂	♀≥♂
tulburări de somn	insomnii de adormire	insomnii de adormire sau hipersomnie	dificultăți de adormire
apetit	inapetență severă (negativism)	inapetență	apetit crescut
libido	absent	scăzut	scăzut sau crescut
greutate	scădere accentuată	scădere	scădere sau creștere
autodepreciere	idei delirante	prevalente	sentiment de neajutorare
prezentare	stupor	facies depresiv	mobilitate facială
activitate	incapacitate	dificultăți de concentrare	eficacitate scăzută
lentoare psihomotorie	anergie sau agitație	de obicei lentoare	anxietate, neliniște
simptome somatice	delir de negație	acuze multiple	acuze multiple
alcoolism simptome	—	—	+
sindrom SNV (gură uscată, palpitații, transpirații)	++++	++	+/variabil
culpabilitate	delir de vinovăție	ruminații asupra păcatelor trecutului	sentiment de autodepreciere, inutilitate

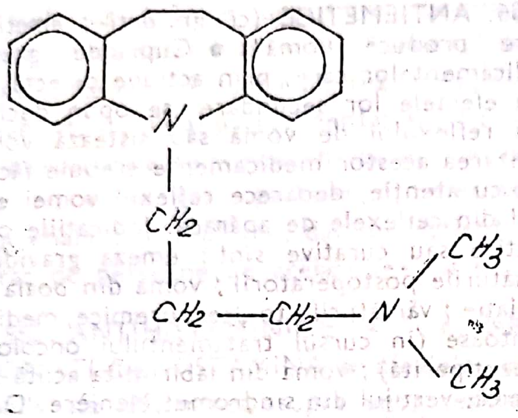
Posologia variază foarte mult de la un subiect la altul, depinzînd de intensitatea clinică a sindromului depresiv, de durata de la debut pînă la începerea tratamentului (stările depresive cu durată mai lungă necesitînd doze mai crescute), de teren (tratamente anterioare, vîrstă, sex, greutate, starea hepatică și renală a subiectului) și de modul în care subiectul suportă tratamentul, raportat la efectele secundare. De obicei tratamentul se aplică în doze crescinde, în așa fel incit în cîteva zile (5—7) să se atingă doza de platou, cu doze fracționate, cu precauția ca după orele 16—17 să nu se mai administreze antidepresive cu efect stimulant ; mai recent, pentru antidepresivele sedative este din ce în ce mai folosită doza unică vesperală. Intervalul de trei săptămîni este minim pentru aprecierea eficacității terapeutice, deși sînt forme clinice de depresii cu evoluție trenantă (mai ales cele apărute la vîrste înaintate), cînd efectele terapeutice apar după luni de tratament. În cazul în care se constată lipsa apariției de efecte benefice, după o „fereastră" terapeutică de 2—3 zile se poate trece la alt produs. În situația obținerii efectelor favorabile, doza utilă se menține pînă la dispariția simptomatologiei, iar după aceea, se va institui un tratament de întreținere timp de 2—8 luni (în funcție de natura procesului) pentru prevenirea recăderilor ; după încetarea tratamentului este necesară o perioadă de supraveghere a calității remisiunii.

Asocieri medicamentoase. În marea majoritate a cazurilor antidepresivele se asociază cu medicația anxiolitică, hipnotică, neuroleptică, psihostimulantă și cu cea de corectare a efectelor secundare.

Se poate spune că descoperirea și aplicarea în clinică a antidepresivelor reprezintă nu numai un progres excepțional în terapia psihotropă, ci și o etapă deosebit de importantă pe drumul cunoașterii mecanismului biochimic intim de producere a bolilor psihice.

853. **ANTIDEPRIN**[M] România — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic (triciclic), derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepine, cu spectru larg de acțiune, a cărui indicație majoră o constituie depresia endogenă

inhibată. Este indicat şi în alte forme de depresie: din cursul involuţiei, în reacţii şi nevroze depresive, obsesive şi fobice (chiar în absenţa componentei depresive), în schizofrenie, unde se recomandă asocierea sa cu neu-



roleptice. Prezintă următoarele contraindicaţii: psihoze delirante, epilepsie, insuficienţă cardiacă, renală, adenom de prostată, glaucom, sarcină, copii sub 5 ani. Se pot intilni următoarele reacţii adverse: uscăciunea mucoasei bucale, constipaţie, vertij, somnolenţă sau insomnie, reacţii alergice, hipotensiune — iar în doze mari, fenomene de tip extrapiramidal. Chiar în cazul apariţiei acestor reacţii adverse, nu se pune problema întreruperii tratamentului cu ANTIDEPRIN, ci se impune numai corijarea acestor situaţii → ANTIDEPRESIVE. Dozele şi durata tratamentului sînt diferite în funcţie de natura afecţiunii şi de vîrstă. Produşii farmaceutici similari utilizaţi în practica curentă sînt următorii:

- cel mai cunoscut este:

TOFRANIL(M) Anglia, Argentina, Australia, Austria, Belgia, Brazilia, Canada, Chile, Columbia, Danemarca, Ecuador, Filipine, Finlanda, Franţa, Grecia, Indonezia, Iran, Italia, Japonia, Kenia, Liban, Mexic, Noua Zeelandă, Olanda, Pakistan, Peru, Portugalia, R.F.G., Spania, Suedia, Tailanda, Turcia, Uruguay, S.U.A., Venezuela, Zair.

- se mai intîlnesc şi sub numele:

ANTIPRESS(M)	S.U.A.
BERKOMINE(M)	Anglia
CENSTIM(M)	S.U.A.
CHEMIPRAMINE(M)	Canada
CHIMOREPTIN(M)	Japonia
CHRYTEMIN(M)	Japonia
CO-CAPS(M)	Anglia
DEPRAMINE(M)	Grecia
DEPRENIL(M)	Polonia
DEPRESS(M)	Japonia
DEPRINOL(M)	Danemarca
DIMIPRESSIN(M)	Anglia
DYNAPRIN(M)	Italia
EFURANOL(M)	S.U.A.
EUPRAMIN(M)	Iugoslavia
FEINALMIN(M)	Japonia
IA-PRAM(M)	Anglia
IMAVATE(M)	S.U.A.
IMIDOL(M)	Japonia
IMILANYLE(M)	Japonia
IMIPRAMIN(M)	Suedia
IMIPRAMINE(M)	Brazilia
IMIPRAN (M);	Japonia
IMIPRANIL(M)	Finlanda
IMIPRIN(M)	Australia
IMIZINUM(M)	U.R.S.S.
IMPRANIL(M)	Canada
IMPRIL(M)	Noua Zeelandă
INTALPRAM(M)	Anglia
IPROGEN(M)	Anglia
IRAMIL(M)	Australia
JANIMINE(M)	S.U.A.
MELIPRAMIN(M)	R.D.G.
MELIPRAMIN(E)(M)	Ungaria
MELIPRAMINE(M)	Australia
MERIPRAMIN(M)	Japonia
NORPRAMINE(M)	Anglia
NOVOPRAMINE(M)	Canada
ODEOXIL(M)	Grecia
OPPANYL(M)	Anglia
PRAMINIL(M)	Anglia
PRESAMINE(M)	S.U.A.
PRIMONIL(M)	Israel
PRODEPRESS(M)	Australia
PRYLEUGAN(M)	R.D.G.
PSICOPRAMINE(M)	Grecia
PSYCHOFORIN(M)	Bulgaria
ROPRAMINE(M)	S.U.A.
SEDACOROXEN(M)	Grecia
SK-PRAMINE(M)	S.U.A.
SOMIPRA(M)	Australia
SURPLIX(M)	Italia
TALPRAMIN(M)	Mexic
THYMOPRAMIN(M)	Grecia
VENEFON(M)	Grecia
W.D.D.(M)	S.U.A.

854. **ANTIDOT** (cf. gr. *anti-*; *doton* „medicament dat contra, ca remediu") • Substanţă

Scanned with OKEN Scanner

folosită în scopul de a neutraliza o otravă pătrunsă în organism. Antidotul poate fi chimic sau fiziologic :

- antidot chimic — mecanismul de acţiune constă în precipitarea otrăvii sau transformarea lui intr-un produs netoxic în urma reacţiei dintre antidot şi otravă (DMP — agent chelator în intoxicaţiile cu mercur, arseniu, plumb) ;
- antidot fiziologic — acţionează prin combaterea efectelor toxice (de exemplu stricnina folosită în intoxicaţiile cu alcool sau barbiturice, pilocarpina folosită pentru combaterea efectelor toxice ale atropinei).

(Prin extensie termenul capătă conotaţii psihologice — „munca, antidot împotriva plictiselii").

855. ANTIEGALITARISM ● Curent ideologic aparţinînd mişcării de idei cunoscute sub numele de „noua dreaptă", care, interpretînd într-un mod unilateral cercetările ştiinţifice de ultimă oră (mai ales cele de genetică, microsociologie, etologie etc.), neagă posibilitatea egalităţii sociale a oamenilor pe considerente biologice. Teoreticienii acestui curent (A. de BENOIST, Y. BLOT, L. PAWELS) speculează mai ales neclarităţile teoriei genetice a inteligenţei, exacerbînd importanţa rolului elitelor, a diferenţelor dintre coeficientul de inteligenţă, şi considerînd că „aptitudinile oamenilor depind predominent de ereditate şi nu de mediu" (L. PAWELS). Teoria este criticabilă sub toate aspectele ; S. CHELCEA afirma că „tezele false nu pot fi sprijinite decît cu argumente false", antiegalitarismul zbătîndu-se pe terenul vid al lipsei de fapte. Distinsul genetician american T. DOBZHANSKY atrage atenţia că „egal" nu înseamnă în biologie „identic" şi că în nici un caz „diversitatea genetică" nu justifică inegalitatea socială.

856. ANTIEMETICE (cf. gr. *anti-* ; *emetikos* „care produce vomă") ● Cuprinde grupul medicamentelor care, prin acţiune directă sau prin efectele lor secundare, se opun declanşării reflexului de vomă sau sistează voma. Utilizarea acestor medicamente trebuie făcută însă cu atenţie, deoarece reflexul vomei este unul din reflexele de apărare. Indicaţiile profilactice sau curative sînt : emeza gravidică, vărsăturile postoperatorii ; voma din boala de iradiaţie ; vărsăturile toxice : uremice, medicamentoase (în cursul tratamentului oncologic cu azotiperită) ; voma din labirintita acută sau cronică, vertijul din sindromul Ménière. După mecanismul de acţiune, antiemeticele pot fi clasificate în :

- centrale — avînd două mecanisme de acţiune : deprimarea formaţiunilor bulbare care intervin în actul vomei, zona chemoreceptoare şi centrul vomei ; deprimarea centrilor vestibulari care intervin şi în răul de mişcare, sindromul Ménière ;
- periferice — acţiune prin blocarea reflexelor cu punct de plecare în mucoasa gastro-intestinală.

Cele mai folosite antiemetice sînt :

Tabel nr. XX

	Mecanism de acţiune	Reacţii adverse
	acţiune centrală :	
CLORDELAZIN(M)	zona chemoreceptoare	somnolenţă
EMETIRAL(M)	centrul vomei	hipotensiune
TORECAN(M)	centrii vestibulari	agranulocitoză
REGLAN(M)	centrul vomei	—
ROMERGAN(M)	centrii vestibulari	somnolenţă
SCOPOLAMINĂ(M)	centrii vestibulari	deprimare centrală
	acţiune periferică :	
CARMINATIVE		
BIOXID DE CARBON	mucoasa gastro-intestinală	—

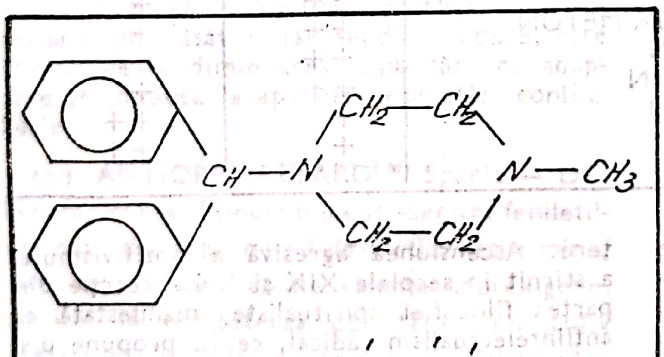
857. ANTIEPILEPTICE (cf. gr. *anti-* ; *epilepsia*) sin. → ANTICONVULSIVANTE.

858. ANTI-FAR(I) *iluzie* ● Tip de iluzie fiziologică optico-geometrică, semnalată de G. SAGNAC (1896), constînd în impresia pe care o are subiectul (în anumite condiţii de ambianţă meteorologică) că fasciculul luminos al unui far îndepărtat provine de la un punct

simetric lui, din partea opusă (de la un aşa-numit anti-far).

859. ANTIFETIŞISM (gr. *anti* ;- fr. *fetichisme*) ● Aversiunea pe care o resimt unii subiecţi faţă de anumite caracteristici fizice, vestimentare etc. ale sexului opus. Poate avea la bază o homosexualitate latentă. Rolul ei ar fi acela de apărare împotriva recunoaşterii conştiente a acestei tendinţe. Subiectul descoperă la fiecare persoană de sex opus cite un amănunt, un detaliu vestimentar sau fizic care îl îndepărtează de acesta. În aparenţă el caută, dar nu poate găsi, partenerul heterosexual convenabil ; în realitate, dar inconştient, este atras de persoane de acelaşi sex cu el.

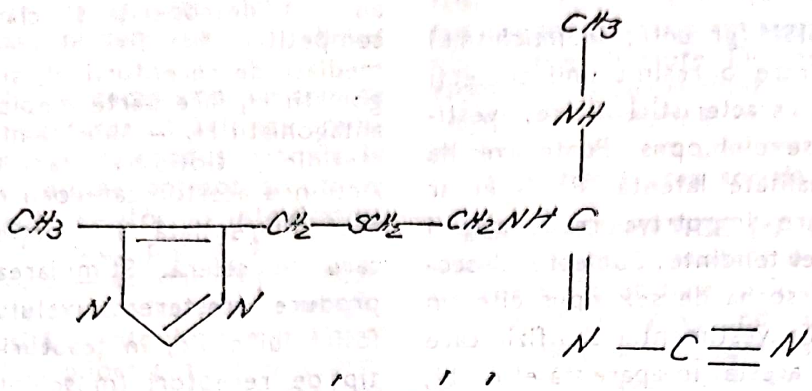
860. ANTIHISTAMINICE — sin. ANTAGONIŞTI DE HISTAMINĂ ● Efectele nefavorabile ale histaminei asupra unor ţesuturi şi organe pot fi interferate de unele substanţe în următoarele moduri : inhibarea sintezei de histamină ; împiedicarea eliberării histaminei din depozite ; blocarea receptorilor histaminici prin antagonişti specifici. În primele două cazuri, deşi soluţia pare logică, ea nu este aplicabilă, întrucît histamina are atît rol de mediator, cît şi de creştere şi reparare a ţesuturilor.



CICLIZINA

Nu acelaşi lucru se poate spune despre blocarea receptorilor histaminici ; aceştia par a fi de două tipuri : cei care mediază efectele histaminei influenţate de antihistaminele clasice au fost denumiţi receptori H_1, iar cei răspunzători de efectele neinfluenţate de aceşti agenţi au fost numiţi receptori H_2. Plecînd de la confirmarea prezenţei acestor receptori au fost descoperiţi şi clasificaţi antagonişti competitivi specifici ai efectelor histaminice mediate de receptorii H_1 şi H_2 : dintre antagoniştii H_1 face parte mepipramina, iar dintre antagoniştii H_2 — burinamida, metiamida, cimetidina, tiotidina, ranitidina, exmetidina. Acţiunea acestor categorii de antagonişti este deci diferenţiată în funcţie de receptorii la care se referă. Stimularea receptorilor H_2 produce creşterea nivelului adenozin-monofosfatului ciclic, în ţesuturile bogate în acest tip de receptori (muşchiul cardiac, mucoasa gastrică, ţesutul cerebral), efect blocat de antagoniştii H_2. Ca mecanism de acţiune, majoritatea antagoniştilor histaminici sînt H_1, care acţionează reversibil asupra acestor receptori, fără să blocheze însă eliberarea histaminei. Utilizarea clinică a blocantelor de H_1-receptori este foarte largă în tratamentul simptomatic al rinitei alergice, în unele forme de urticarie şi în tratamentul răului de mişcare. Difenhidramina, dimenhidrinatul, ciclodina, meclizina — sînt drogurile frecvent utilizate în aceste afecţiuni. Difenhidrina se mai administrează cu o eficacitate parţială cel puţin în boala Parkinson. Se pare că efectele realizate în răul de mişcare şi boala Parkinson se datoresc mai mult acţiunii lor anticolinergice şi mai puţin celei antihistaminice. H_1-antihistaminicele au şi proprietăţi sedative, motiv pentru care unele sînt utilizate în inducerea somnului. Cele mai indicate în acest scop sînt : difenhidramina, prometazina, pirilamina. În ceea ce priveşte restul H_1-antihistaminicelor, ele produc — după administrare în afecţiuni alergice — somnolenţă, apreciată ca efect secundar nedorit. Efectul sedativ se cumulează celui produs de alte droguri precum şi efectelor inhibante ale alcoolului. În plus, faţă de efectul depresor nervos, H_1-antihistaminicele exercită efecte anticolinergice anestezice locale şi efecte antiserotoninice. De remarcat sensibilitatea locală cutanată produsă de aceste substanţe.

Antagoniştii H_2-receptori (metiamid, burinamid, cimetidina) intră în competiţie cu his-



CIMETIDINA

tamina pentru receptorii H_2. Acţiunea esenţială, cu utilizare clinică, este aceea de reducere a secreţiei gastrice acide. Cimetidina este relativ netoxică şi are eficacitate mai bună decît celelalte droguri. Efectele secundare sînt minore. La doze mari pot apare însă halucinaţii, stări confuzionale.

Utilizarea antihistaminicelor în obţinerea sedării, combaterii răului de mişcare şi pentru efectele antiemetice, poate fi sintetizată astfel :

Tabel nr. XXI

DCI	Produsul(M)	Efecte sedative	Rău de mişcare antiemetic
Prometazină	FENERGAN	+++	+++
Difenidramina	BENADRYL	+++	++
Dimenhidrinat	DRAMAMINA	+++	++
Tripelenamina	PYRIBENZAMINE	++	+
Pirilamina	ANTERGAN	++	+
Clorfeniramin	CHLOR-TRIMETON	++	+
Bromfeniramin	DIMETAN	++	+
Ciproheptadrin	PERIACTIN	++	+
Ciclizina	MAREZIN	+	++
Meclizin	BONINE	+	++

861. **ANTIINTELECTUALISM** ● Atitudine critică faţă de concepţiile care acordă intelectualului o poziţie privilegiată în ansamblul vieţii sufleteşti. Antiintelectualismul respinge încrederea nemăsurată în capacitatea gîndirii discursive de a epuiza cu mijloacele ei specifice întreaga diversitate a determinaţiilor existenţei ca obiect al cunoaşterii, reproşînd concepţiilor intelectualiste devalorizarea neîntemeiată a formelor de activitate spirituală ce se deosebesc de judecată şi raţionament, ceea ce unilateralizează disponibilităţi cognitive ale subiectului, sărăcind şi lipsind de adîncime spectacolul lumii revelat în actul de cunoaştere. Ascensiunea agresivă a pozitivismului a stîrnit în secolele XIX şi XX o reacţie din partea filozofiei spiritualiste, manifestată ca antiintelectualism radical, ce îşi propune discreditarea totală a gîndirii discursive, mergînd pînă la incriminarea intelectului ca sursă de false cunoştinţe şi ca instanţă mistificatoare. Urmărind să elimine excesele raţionalismului scientist, care hipertofiază productivitatea algoritmică a formalismelor logico-matematice, diferitele variante ale antiintelectualismului contemporan mizează pe virtuţile comprehensive ale trăirilor şi actelor sufleteşti neraţionale, apreciind că autenticitatea „esen-

ţelor" sau a „datului existenţial" se dezvăluie nu schematismului intelectiv, ci intuiţiei, afectivităţii, voinţei, extazului religios etc.

862. **ANTIHISTAMINIQUE CLIN**(M) Franţa — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant — derivat difenilmetan de tip N,N-dimetil-2(α-fenil-o-toliloxi)etilamină, cu acţiune marcat antihistaminică, pe lîngă cea tranchilizantă.

863. **ANTIMERAN**(M) Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, practic fără efecte simpaticomimetice, indicaţiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

864. **ANTIMONGOLISM**(S) *sindrom* sin. CONTRATIPUL MONGOLISMULUI sin. → MONOZOMIA 21. O.M.S. a propus înlocuirea denumirii acestei entităţi, urmînd a se numi MONOZOMIA 21.

865. **ANTIN**(M) R.F.G. — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan sin. → ANTIHISTAMINIQUE CLIN(M) Franţa.

866. **ANTI-NAUS**(M) Australia — DCI *Proclorpromazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic sin. → EMETIRAL(M) România.

867. **ANTINOMIE CARACTERIOLOGICĂ** (cf. gr. *antinomia* „contradicţie în legi") ● Componentă a dizarmoniei structurii personalităţii, la nivel caracterial, constînd din existenţa unor trăsături sau tendinţe opuse, care contribuie la diminuarea capacităţii de adaptare şi conduce la apariţia unor stări conflictuale.

868. **ANTIOBES RETARD**(M) Spania — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valenţe anorexigene, utilizat în combaterea obezităţii, consecutiv tratamentului îndelungat cu neuroleptice. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenţei → PSIHOSTIMULENTE.

869. **ANTIPAR**(M) Italia — DCI *Dimethazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, uşor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor şi al afecţiunilor psihosomatice.

870. **ANTIPARKINSONIENE** ● Grupa medicaţiei antiparkinsoniene este alcătuită din substanţe cu eficacitate terapeutică în boala Parkinson şi în parkinsonismul simptomatic — inclusiv cel neuroleptic. Acest grup heterogen cuprinde :

● *Anticolinergice* :

- atropină şi atropinice (alcaloizi de beladonă) ;
- antiparkinsoniene de sinteză : Trihexifenidil (ROMPARKIN(M), ARTAN(M)), Biperiden (AKINETON RETARD(M), BENZHEXOL(M)), Orfenadrina ;
- fenotiazine : TIORIDAZINA(M), LEVOMEPROMAZINA(M), PROMETAZINA(M) ;

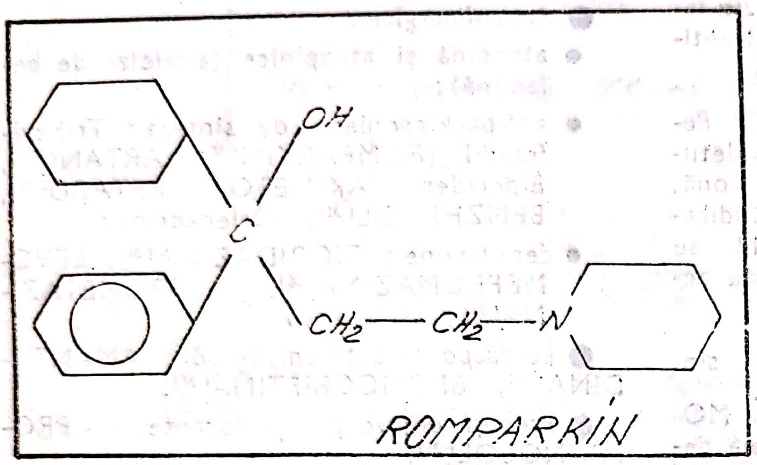
● *Levodopa şi antagoniştii săi* : AMANTADINA(M), BROMOCRIPTINA(M).

● *Produşi adjuvanţi* : β-blocante — PROPRANOLOL(M).

Efectul se exercită asupra principalelor simptome ale sindromului parkinsonian, atenuînd akinezia, rigiditatea, tremorul ; prin efect secundar ortotimizant, se ameliorează dispoziţia depresivă. Efectele anticolinergice constau în : tahicardie, relaxarea musculaturii netede (constipaţie, dificultate în micţiune, tulburări de acomodare, creşterea presiunii intraoculare), inhibarea glandelor exocrine (uscăciunea gurii, inapetenţă, greaţă).

Antiparkinsonienele acţionează la nivelul nucleilor striaţi, reglînd dezechilibrul mediatorilor chimici, acetilcolina şi dopamina. Antiparkinsonienele anticolinergice reduc activitatea acetilcolinei, iar antiparkinsonienele dopaminergice potenţează activitatea dopaminei. Primele acţionează prin blocarea, atît la nivel central cît şi la nivel periferic, a efectului acetilcolinei asupra receptorilor (efect colinolitic), iar cele dopaminergice (L-dopa) acţionează prin eliberarea unui precursor metabolic al dopaminei care, sub acţiunea dodecarboxilazei, se transformă în dopamină, traversînd, în proporţie de 1—2%, bariera hematoencefalică. Amantadina favorizează eliberarea dopaminei din terminaţiile dopaminergice. În psihiatrie, antiparkinsonienele de sinteză şi fenotiazinele se folosesc pentru combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor. Neurolepticele incisive îşi exercită acţiunea antipsihotică prin blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striaţi, determinînd o hiperactivitate colinergică la acest nivel, care generează, pe plan clinic, sindromul parkinsonian neuroleptic. Prin efectul lor anticolinergic, antiparkinsonienele de sinteză ameliorează acest sindrom, eficienţa lor terapeutică apărînd la 1—2 ore după administrare şi

durînd cîteva zile după întreruperea tratamentului. Dozele indicate variază între 6—16 mg/zi, în funcție de intensitatea fenomenelor extrapiramidale. Contraindicațiile absolute sînt glaucomul avansat și adenomul de prostată.

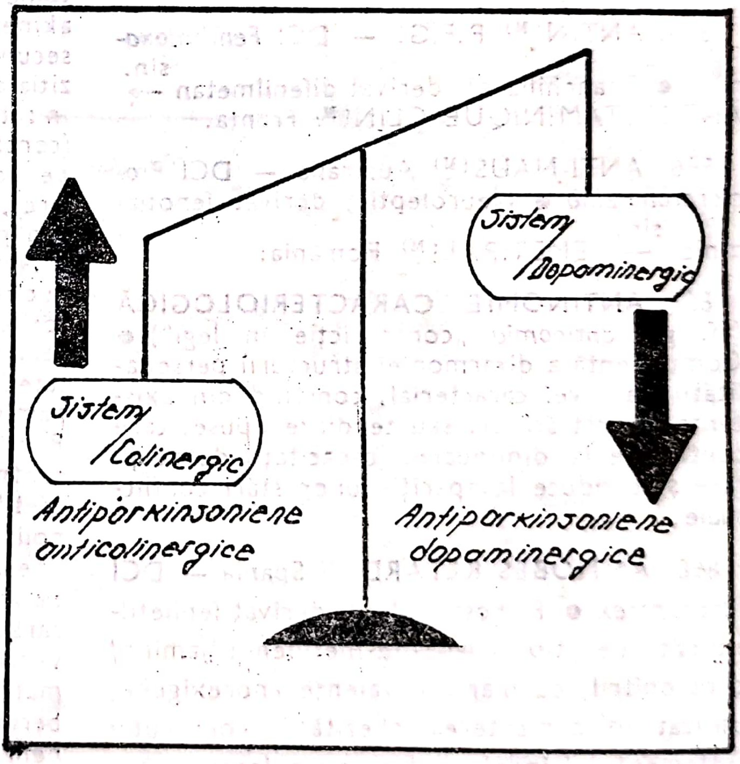


kinsonienelor, subiecții ajung la un veritabil sindrom de dependență față de acestea, ceea ce duce deseori la neglijarea tratamentului neuroleptic. Apare astfel evidentă necesitatea reevaluării opiniei asupra antiparkinsonienelor de sinteză, precum și necesitatea utilizării lor cu prudență, respectînd cîteva principii de bază :

- în perioada de atac a curei neuroleptice, asocierea Romparkinului este necesară numai dacă apar fenomene de impregnare neuroleptică și atunci numai pentru o perioadă scurtă ;
- în faza de întreținere a curei neuroleptice, doza de antiparkinsonian trebuie diminuată progresiv, pînă la suprimarea totală. Dacă simptomele parkinsoniene reapar, se reia tratamentul antiparkinsonian. Majoritatea autorilor consideră că, în tratamentul neuroleptic de întreținere, 80% din subiecți nu necesită antiparkinsoniene. Nu trebuie neglijat

Multiplele efecte secundare ale antiparkinsonienelor restrîng folosirea lor abuzivă. În supradozajul cu antiparkinsoniene se poate ajunge pînă la „delirul atropinic“, care se manifestă prin stare confuzională cu halucinații vizuale, agitație, hipertermie, incoordonare motorie, tahicardie, palpitații. Apariția acestei simptomatologii este favorizată de simultaneitatea administrării (mai ales la persoane în vîrstă) în doze mari a antiparkinsonienelor, neurolepticelor sedative și tranchilizantelor. Asocierea la tratamentul neurolepticelor a unui antiparkinsonian reduce efectul clinic al neurolepticelor, prin scăderea ratei lor de absorbție intestinală. Acest fapt conduce la concluzia că antiparkinsonianul trebuie administrat la 1—2 ore după administrarea neurolepticului (fapt neglijat însă deseori în practică).

Antiparkinsonienele modifică, de asemenea, sistemul enzimatic al inactivării și eliminării neurolepticelor. Pentru a preveni efectele secundare supărătoare ale neurolepticelor se preferă mai curînd scăderea dozei acestora decît adăugarea unui antiparkinsonian. Administrarea sistematică și pe perioadă îndelungată a antiparkinsonienelor favorizează apariția diskineziilor tardive ireversibile. Un alt efect nefavorabil al acestei asocieri este acela că, resimțind efectul ortotimizant al antipar-



Corectarea dezechilibrului dopaminergic prin antiparkinsoniene.

faptul că neurolepticele sedative, prin efectele lor anticolinergice, pot ameliora fenomenele extrapiramidale induse de neurolepticele incisive, fără a avea riscurile antiparkinsonienelor.

871. **ANTIPATIE** (cf. gr. *antipatheia* „sentiment contrariu, antipatie") ● Trăire afectivă de respingere, aversiune, rejecție tacită sau neplăcere față de o anumită persoană, variat motivată: de la aspecte pur exterioare (ținută, voce, vestimentație, comportament manifest), la lipsa de afinitate (incompatibilitate spirituală, opoziție de interese, opinii, valori, atitudini etc.). Se pot distinge antipatii spontane și aparent nemotivate (care pot fi depășite printr-o cunoaștere mai profundă a personalității celuilalt, cu renunțarea la prejudecăți și raționamente rigide) și antipatii plurimotivate (care pot degenera în ură sau, invers, pot evolua în direcția atracției sau simpatiei). Antipatia constituie un focar conflictual sau un motiv de întrerupere a relațiilor interpersonale, la toate nivelurile: intrafamilial, grupuri spontane, microgrupuri de muncă etc.

Este folosită drept criteriu de alegere în testul Szondi, acest autor atribuindu-i o importantă funcție proiectivă.

872. **ANTIPRESS**(M) S.U.A. — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă; este posibilă și chiar se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent, în 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

873. **ANTIPSIHIATRIE** ● Curent de idei care neagă apartenența tulburărilor psihice la conceptul de boală și, implicit, necesitatea oricărei forme de îngrijire sau asistență medicală psihiatrică, reducînd psihopatologia la un conflict generic individ-societate.

Originile acestui curent se află în Anglia, avînd drept reprezentanți marcanți pe LAING și COOPER (ultimul și autor al termenului de antipsihiatrie — 1967), dar și-a găsit repede aderenți atît în Europa (Franța, Italia), cît și dincolo de ocean. Inițial, mai ales în Franța și S.U.A., se relevă importanța analizei sociologice și a poziției sociogenetice în determinarea cauzelor bolii psihice, cadru depășit rapid prin contestarea instituțiilor psihiatrice și, ulterior, a psihiatrilor, care devin personajele țintă acuzate de promulgarea violenței sanatoriilor împotriva celor „etichetați" ca bolnavi. Folosindu-se cu multă abilitate de toate „fisurile" doctrinare și metodologice ale psihiatriei „oficiale", autorii antipsihiatri (mulți dintre ei foști psihiatri de renume) au publicat o serie de lucrări, ale căror titluri senzaționale și deosebitul talent literar al unora dintre autori (mai ales LAING, FOUCAULT, ESTERSON) le-au transformat pe multe dintre ele în „best-sellers" ale anilor '60: „Eul divizat", „Asylyum", „Istoria nebuniei", „Politica experienței", „Mitul bolii mintale" etc.

Ch. BOSSEUR subliniază faptul că antipsihiatria apare ca un curent de idei scandalos, percutant contestatar, uneori folcloric, născut în deceniul șapte (imagine la care a participat și o anumită producție cinematografică prezentînd spectaculos, tragic, dar evident denaturat, viața din spitale; în acest sens un loc deosebit îl deține filmul lui M. FORMAN „Zbor deasupra unui cuib de cuci").

Antipsihiatria caută explicații noi pentru boala psihică, pentru etiologia ei; ea neagă tablourile psihopatologice considerate ca fiind rezultat al ambiguității limbajului și relației pacient-medic, mergînd pînă la desființarea barierei normal/bolnav psihic și afirmînd inexistența fenomenului patologic pe care îl consideră doar „diferit". Astfel schizofrenia devine un „mit" cultivat de societate și psihiatrie, o simplă ficțiune socială. Inspirată de filozofia existențialistă și de fenomenologie (KIERKEGAARD, JASPERS, HEIDEGGER, BINSWANGER, Ivan ILICH, SARTRE) ca și de o serie de teze ale școlii de la Frankfurt (MARCUSE, ADORNO, FROMM, HORKHEIMER), antipsihiatria găsește obscure determinări socioculturale ale bolii psihice, afirmînd potențialul patogenetic al societăți ca și pe cel al celulei familiale, considerate ca fiind structuri ale violenței. O serie de lucrări, cum ar fi cele ale lui LAING, COOPER, MAONI, SZASZ, FOUCAULT, precum și o serie de experiențe terapeutice (cum au fost cele de la pavilionul 21 al spitalului psihiatric londonez, cele de la Palo Alto, ca și cele de la spitalul Gorizia sau de la S.P.K. din Heidelberg, referitoare la antipsihiatrie) nu au fost în măsură să convingă, în final, pe nimeni. Cu toată zgomotoasa contestare și negație, antipsihiatria nu a reușit să ofere nimic în schimbul „modelelor" pe care le dorea dispărute, transformîndu-se, așa cum arăta H. EY, prin lipsa de coerență și metodă, ca și prin abordarea inadecvată a concepțiilor teoretice și științifice pe care

psihiatria se fondează, într-o mişcare antimedicală, antiinstituţională şi anticivilizatorie. Realitatea bolii psihice, corelaţiile sale organice şi transculturale, suferinţa şi alienarea bolnavului psihic, precum şi nevoia acestuia de ajutor constituie adevărurile cu care psihiatria operează eficient, dar pe care antipsihiatria le-a negat cu vehemenţă, construindu-şi un eşafodaj de fantasme care au transformat-o în „apsihiatrie".

874. **ANTIPSIHOTICE** ● Grup de medicamente care permit controlul halucinaţiilor, ideilor delirante, confuziei mintale, reducînd concomitent agitaţia psihomotorie. Ca mecanism de acţiune este incriminată blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striaţi. HOLLISTER în 1970 şi Jansen van BEVER în 1978 au stabilit experimental, pe animale, o ierarhizare a aproximativ 40 dintre neurolepticele uzuale, în funcţie de efectul lor antipsihotic, raportîndu-le la efectul antipsihotic al CLORDELAZINEI. Nu toate concluziile studiului au fost confirmate de practică → NEUROLEPTICE INCISIVE.

875. **ANTISOCIAL** (cf. lat. *anti-* „contra"; *socius* „asociat") ● Termen cu referinţă psihiatrică, în special în ceea ce priveşte personalitatea dizarmonică antisocială. Aceasta se defineşte prin comportamentul antisocial al subiectului manifestat de-a lungul întregii sale biografii, caracterizat prin lipsă de respect faţă de valorile morale şi individuale, încălcare a normelor etice, sociale, incapacitate de manifestare a unor sentimente de vinovăţie sau ruşine, neputinţă de a învăţa din experienţele anterioare sau chiar din pedepse, permanent conflict cu societatea. Subiectul prezintă un grad scăzut de rezistenţă la frustraţii, are tendinţa de a-i învinovăţi în permanenţă pe ceilalţi şi de a oferi orice explicaţii raţionale pentru comportamentul său, în afară de recunoaşterea propriei vinovăţii sau de încercarea de a-şi modifica pozitiv comportamentul. Aceste manifestări apar, de obicei, înaintea vîrstei de 15 ani, şi prin persistenţa şi ecoul lor, fac din personalitatea dizarmonică antisocială un handicapat incapabil să aibă un statut social, profesional sau familial stabil.

Termenul a fost introdus de PORTRIDGE în 1930, care a creat conceptul de personalitate sociopatică; autorii americani, în 1968, introduc termenul de personalitate antisocială, la care se adaugă şi noţiunea de comportament dissocial, pentru apartenenţa la asociaţii care promovează fapte antisociale: prostituţie, jocuri de noroc, crimă organizată. DSM III descrie personalitatea antisocială care se manifestă din copilărie prin înşelăciune, minciună, furt, scandaluri, bătăi, viaţă sexuală precoce sau comportament sexual agresiv, exces de băuturi alcoolice şi droguri, comportament care persistă atît în adolescenţă cît şi la vîrsta adultă, ducînd la o gravă inadaptare socială. Antisocialii sînt incapabili de încadrare profesională sau familială. Contactele lor cu justiţia sînt mai frecvente decît cele cu psihiatria. Se pare că, după vîrsta de 60 de ani, intensitatea acestor manifestări poate diminua. Aceste personalităţi trăiesc într-o continuă stare de tensiune, au perioade depresive motivate de rejectarea lor întemeiată de către ceilalţi indivizi, care nu-i pot accepta aşa cum sînt. Chiar dacă intensitatea manifestărilor comportamentale tinde să scadă la adult, disforia continuă să persiste. Frecvenţa este mai mare la bărbaţi. Se apreciază prevalenţa personalităţii antisociale în S.U.A. ca fiind de 3% pentru bărbaţi şi mai puţin de 1% pentru femei. Din punct de vedere etiologic, se consideră că personalitatea antisocială este un eşec al procesului de socializare al individului (JENKINS, 1960). Studii asupra mediului, a eredităţii şi de psihofiziologie au căutat să clarifice modalităţile de apariţie şi dezvoltare a acestui tip de personalitate. Printre factorii de mediu incriminaţi au fost citaţi: privarea afectivă timpurie, separaţia parentală, rejecţia parentală şi devieri parentale. BOWLBY în 1941 şi GOLDFARB în 1945 au pus în evidenţă relaţia dintre privarea maternă din prima copilărie şi tulburările severe de personalitate de mai tîrziu. Studii ulterioare (LEWIS în 1964, HESTON şi DINEY în 1968, RUTTER în 1972) remarcă importanţa privării de legături afectiv-emoţionale cu persoane care au pentru subiect o semnificaţie deosebită. Un alt factor etiologic important este cel al separării copilului de părinţi în primii ani de viaţă. Comportamentul antisocial poate fi uneori pus în relaţie cu motivul acestei separări. Se pare că dezorganizarea familială sau afecţiunile psihice ca motiv de separare duc mai frecvent la comportamente antisociale decît separarea datorată unor boli somatice. În ceea ce priveşte familiile dezorganizate, s-a ajuns la concluzia că motivele care au dus la separarea părinţilor sînt mai importante pentru comportamentul copilului decît însăşi separarea. Studiie făcute de HEWIT şi JENKINS în 1946 şi LEWIS în 1954 evidenţiază rolul rejecţiei parentale: copiii nedoriţi sau nelegitimi, care sînt supuşi unui tratament

de respingere din partea mamei, dezvoltă mult mai frecvent un comportament antisocial. ROBINS în 1966 stabileşte că acei copii ai căror părinţi prezintă tulburări de comportament, alcoolism, au o predispoziţie mai accentuată pentru manifestările antisociale. Rolul eredităţii, coroborat cu factorii ambientali, a fost demonstrat prin studiile pe gemenii monozigoţi şi dizigoţi, completate cu studii asupra copiilor adoptaţi (SCHULSINGER — 1972, HUTCHINGS şi MEDNICK — 1973). Studii psihofiziologice (EEG şi răspuns galvanic cutanat) au pus în evidenţă modificări semnificative la subiecţii cu comportament antisocial. KNOTT (1953) găseşte atît la subiecţi, cît şi la părinţii biologici ai acestora, modificări ale EEG, în sensul unor anomalii bioelectrice de tip lent bilateral. HARF, în 1970, prin studierea răspunsului galvanic cutanat, găseşte că antisocialii au un prag bazal de anxietate mai scăzut decît normalul, susţinînd că aceasta ar fi cauza eşecului învăţării din experienţele anterioare. Din punct de vedere evolutiv, se consideră că debutul comportamentului antisocial se situează în copilărie şi că acest comportament, datorat cauzelor anterior discutate, se cristalizează treptat ca un eşec al socializării.

Pentru diagnosticul pozitiv, am preferat criteriile lui SPITZER, care se impun prin acurateţe, păstrînd rezerve în privinţa diferenţelor şi condiţiilor specifice fiecărei societăţi, ca urmare a acţiunii unor factori socio-culturali, economici, etici etc. :

● Evidenţierea simptomatologiei în jurul vîrstei de 18 ani.

● Debut înaintea vîrtei de 15 ani, indicat de o biografie a subiectului marcată de cel puţin trei dintre următoarele aspecte :

- absenteism — cel puţin cinci zile pe an în ultimii doi ani, excluzînd anul şcolar în curs ;
- exmatricularea din şcoală sau sancţionarea din cauza unui comportament inadecvat ;
- delincvenţă : arestare, trimiterea la şcoli de corecţie, fugă de acasă sau din internate, tendinţă permanentă spre minciună, legături sexuale ocazionale frecvente, consum repetat de băuturi alcoolice sau droguri, furturi, vandalism, rezultate şcolare cu mult sub cele corespunzătoare QI-ului, repetenţie, încălcarea legilor, iniţiere de scandaluri, bătăi.

● Cel puţin patru dintre următoarele manifestări de la vîrsta de 18 ani :

- incapacitatea de a efectua o muncă susţinută, manifestată prin : schimbarea frecventă a locului de muncă, a meseriilor, nejustificată de motive materiale sau economice ; şomaj (şase luni sau mai mult în cinci ani) ; absenteism ; căutare continuă a unui loc de muncă ;
- incapacitatea de a-şi îndeplini datoria de părinte, materializată prin : malnutriţia copilului, îmbolnăvirea copilului prin lipsă de igienă, lipsă de îngrijire medicală, lipsa preocupării pentru hrănirea copilului care este preluat de vecini sau rude, lăsarea copilului mai mic de 6 luni singur în casă ;
- nerespectarea legilor concretizată prin : furturi repetate, ocupaţii ilegale (prostituţie, comercializarea drogurilor), arestări ;
- incapacitatea menţinerii unei relaţii afectiv-sexuale cu o parteneră, concretizată prin două sau mai multe divorţuri sau despărţiri, schimbarea a zece sau mai multor partenere într-un singur an ;
- iritabilitate, agresivitate, violenţă, conducînd la provocarea scandalurilor, bătăilor, molestarea fizică a soţiei şi copiilor ;
- incapacitatea de a-şi onora obligaţiile băneşti, impulsivitate, schimbarea frecventă a domiciliului, a locului de muncă, dispreţ pentru adevăr, minciună continuă, imprudenţă (conducerea automobilului cu viteză mare, peste limitele admise, sub influenţa alcoolului sau a drogurilor).

● Comportament antisocial constant, de-a lungul întregii biografii a subiectului, cu violarea continuă a drepturilor altora.

Scanned with OKEN Scanner

● Comportamentul antisocial nu se datorează unei întîrzieri mintale, schizofreniei sau unui episod maniacal.

Diagnosticul diferențial este mai dificil de realizat înaintea vîrstei de 18—20 de ani, deoarece manifestările comportamentale anterioare acestei vîrste pot evolua nu numai spre structura dizarmonică a personalității de tip antisocial, ci și spre schizofrenie sau alte boli psihice. Se pot lua în discuție : alcoolismul și alte tipuri de toxicomanii, cu rezerva de a nu ști care este, în fond, factorul primordial (dizarmonia personalității a dus la drog sau drogul a dus treptat la dizarmonie). În ceea ce privește diferențierea de psihozele maniacale și de schizofrenie, componenta psihotică va fi cea care va decide. Un loc aparte în cadrul unor manifestări comportamentale antisociale, îl ocupă sindroamele psihoorganice cronice, în care personalitatea premorbidă joacă rol de arbitru.

876. **ANTITEZA** (cf. gr. *antithesis* „opoziție") ● Judecată opusă din punct de vedere logic unei alte judecăți, numită teză. În filozofia hegeliană, antiteza capătă un sens logico-ontologic, desemnînd un moment necesar al devenirii dialectice descrise prin triada : teză (afirmație), antiteză (negație sau opoziție) și sinteză (negarea negației), care afirmă unitatea polară a determinărilor contrare ale oricărei existențe.

877. **ANTITEZA NEVROTICĂ** ● Termen introdus de ALDER pentru a defini tendința subiecților nevrotici de a compara un eveniment, subiect sau obiect cu opusul care îi corespunde ; exemplul tipic : masculin/feminin. Faptele de memorie, sentimentele, acțiunile sînt supuse mecanismului de antiteză pentru a se găsi notele defavorizante ale unei situații cu care subiectul se identifică. Nevroticul nu va reuși însă niciodată să treacă la sinteză, rămînînd pe foarte limitata poziție devalorizatoare.

878. **ANTISTRESS**(M) S.U.A. — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropli)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

879. **ANTIVERT**(M) S.U.A. — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, asociat cu NL incisive.

880. **ANTLOFOBIE**(F) (cf. gr. *antlos* „apă de mare" ; *phobos* „frică") ● Frică patologică și nejustificată față de inundații (fără referire la catastrofele generate de natură), pe care subiectul o încearcă în legătură cu posibilitatea producerii acestui eveniment în spațiul și circumstanțele domestice (prin uitarea robinetelor deschise și, cu totul excepțional, prin defectarea instalației de alimentare cu apă). Antrenează comportamente de asigurare, care pot deveni foarte supărătoare atît pentru subiect, cît și pentru persoanele din anturajul imediat (rude, vecini). Uneori, poate exista un antecedent (minor) care declanșează fobia subiectului.

881. **ANTON**S *simptom/semn* ● Gabriel ANTON a descris, între 1893—1899, trei simptome, cu interesante conexiuni psihiatrice, care îi poartă numele :

- Simptomul dedublării halucinatorii (alter ego), în care subiectul își vede dublura acționînd în același mod. În cazul princeps, subiectul prezenta o leziune a hemisferului sting.
- Anozognozia din sindroamele cerebrale organice, care poate fi însoțită de halucinații și confabulații „compensatorii". Semnul va intra în structura sindromului Anton-Babinski (1914).
- „Simptomul celei de a treia mîini", observat în cazul tumorilor parietale bilaterale.

882. **ANTON**(S) *sindrom* ● Sindrom descris de autor la unii subiecți cu cecitate corticală, constînd în lipsa recunoașterii acestui grav deficit. Semnalat și anterior (DÉJERINE, VIALET, von MONAKOW), acest „sindrom de negație" se poate înscrie în grupa anozognoziilor corporale. În ciuda oricărei evidențe sau demonstrații, subiectul refuză să-și admită deficitul perceptual, chiar dacă este clară dezorientarea sa spațială, avînd drept consecință înregistrarea unui număr sporit de traumatisme corporale și conflicte interrelaționale.

Datorită caracterului uneori tranzitoriu al sindromului, ce poate avea o evoluție oscilantă, el nu este chiar atît de ușor de diagnosticat, cu atît mai mult cu cît, evident, el nu este acuzat de bolnav. Uneori este însoțit de o argumentație asemănătoare confabulației de jenă, prin care subiectul încearcă să explice

celorlalți „micile încurcături" pe care le face: iluminația insuficientă, nepotrivirea sau absența ochelarilor etc. Situația devine mai complicată atunci cînd există o producție halucinatorie vizuală, care îi conferă subiectului convingerea în capacitatea sa perceptivă. Nu există un consens în încadrarea acestei tulburări pe care unii o consideră o psihoză Korsakov la un nevăzător (REDLICH, DORSEY), iar alții o hemianopsie cu reducerea cîmpului perceptiv intern (MAGITOT, HARTMANN). Asupra patogeniei există, de asemenea, controverse, ANTON considerîndu-l legat de întreruperea căilor asociative care nu-i permite bolnavului să ia cunoștință de boala sa, iar alți autori cred că este vorba fie de o substituție halucinatorie a realității, fie de o incapacitate narcisiacă a subiectului de a-și admite defectul. Diferențierea de cecitatea isterică, deloc facilă (unii autori atribuie chiar acestui sindrom o natură isterică), face obligatorie buna cunoaștere a acestui sindrom.

883. **ANTON-BABINSKI**(S) *sindrom* ● Manifestare clinică amplă, grupată în jurul a trei elemente majore :

- asomatognozie (ignorarea/nerecunoașterea unuia sau mai multor segmente ale corpului) ;
- anozognozie (ignorarea/nerecunoașterea propriei boli — chiar în condițiile în care ea realizează o infirmitate) ;
- anozodiaforie (indiferența față de boală, însoțită uneori de o euforie paradoxală).

Apare în leziuni de diferite etiologii, la nivelul răspîntiei parieto-temporo-occipitale drepte. Descrierea sindromului aparține celor doi neurologi francezi, al căror nume îl poartă.

884. **ANTONIME**(T) *test* (cf. gr. *anti* ; *onyma* „nume") ● Teste bazate pe antonime (cuvinte cu semnificație contrară). Sînt teste care fac apel la răspunsuri sau reacții verbale, implicînd cunoașterea limbajului, înțelegerea semnificațiilor cuvintelor și a formelor gramaticale. Sînt utilizate atît ca teste independente, cît și ca subteste (în cadrul unor baterii vizînd explorarea funcțiilor cognitive sau a personalității), în scopul determinării unor caracteristici ale gîndirii și vocabularului ca : flexibilitatea și claritatea în comprehensiune, volumul de cunoștințe și al unor aspecte de ordin atitudinal și afectiv ale personalității. În testele asociativ verbale dirijate, instructajul poate să conțină mențiunea ca la cuvintele-stimuli (substantive, adjective sau verbe) subiectul să răspundă prin antonime : de exemplu, a urca-a cobori ; femeie-bărbat ; tînăr-bătrîn ; gras-slab ; frumos-urit. Din aceeași categorie de teste face parte metoda diferențiatorului semantic, elaborată de OSGOOD, care utilizează antonimele în direcția decelării semnificațiilor afective ale cuvintelor pentru un anumit subiect (și a modificării semnificației aceluiași cuvînt pentru același individ), precum și a diferențelor dintre subiecți în ceea ce privește valoarea afectivă atribuită diferitelor cuvinte. OSGOOD a luat în considerare trei dimensiuni ale cuvintelor și anume : dimensiunea evaluativă (bun-rău, curat-murdar, etc.), dimensiunea potenței (mare-mic, greu-ușor, puternic-slab) și dimensiunea de activism (repede-încet, activ-pasiv etc.). Din categoria probelor de gîndire care înglobează antonime sau solicită determinarea lor într-o serie de cuvinte, sînt de semnalat : probele de „excludere" (cele două forme, A și B, pentru niveluri diferite de instrucție), și probele de determinare a raporturilor de „contrast", acestea fiind probe de tip creion-hîrtie și cu cotare dublă (calitativă și cantitativă) a răspunsurilor. Proba de „excludere" B conține zece serii a cîte cinci cuvinte fiecare, un cuvînt din fiecare serie nepotrivindu-se cu celelalte ; excluderea lui impune și consemnarea (într-o rubrică specială) motivației alegerii făcute de subiect. Pentru proba de determinare a raporturilor de „contrast", instructajul cere ca, în fiecare dintre cele 13 serii a șase cuvinte, să se indice perechea în care un membru reprezintă contrariul celuilalt.

885. **ANTORON**(M) Coreea — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

886. **ANTRENAMENT AUTOGEN** (cf. engl. *training autogen*) — sin. TRAINING AUTOGEN ● Reprezintă o metodă psihoterapeutică de relaxare sau de „autodecontractare concentrativă" (denumire sub care mai figurează în literatura de specialitate). Este utilizată în scopul creșterii capacității vitale, maximizării disponibilităților psihofizice și reducerii deficiențelor patologice. A fost elaborată de psihiatrul german J. H. SCHULTZ între anii 1908—1912, pornind de la observațiile lui O. VOGT asupra autosugestiei și autohipnozei, ale lui CORVAL și GROSSMAN. Constă în practicarea, pe fondul relaxării musculare

Scanned with OKEN Scanner

cît mai profunde, obţinute pe baza anumitor poziţii „cheie" (de exemplu, poziţia birjarului pe capră sau a gînditorului lui Rodin), a unor exerciţii eşalonate pe două cicluri (ciclul inferior şi ciclul superior, fiecare cuprinzînd un anumit număr de exerciţii). Exerciţiile includ cuvinte inductoare de imagini mintale deconectante. Ciclul inferior (la care se face de obicei referirea cînd se vorbeşte de antrenament autogen) urmăreşte, prin cele nouă exerciţii, obţinerea stării de calm şi confort psihofiziologic, prin (auto)sugestie referitoare la senzaţiile de greutate, căldură, bătăi regulate ale inimii, respiraţie liniştită, plex cald, frunte răcoroasă. În funcţie de formula la care se recurge (individuală sau colectivă) şi de scopurile urmărite, durata fiecărui exerciţiu şi frecvenţa lor variază între 5—30 minute şedinţa, 15 zile în medie pentru fiecare exerciţiu, 3—6—12 luni de antrenament. Aplicat mult mai rar şi numai după o însuşire perfectă a ciclului inferior, ciclul superior cuprinde exerciţii pentru vizualizarea unor obiecte concrete şi abstracte, realizarea expresivă a unor dorinţe, perceperea unor răspunsuri din inconştient.

Indicat iniţial în tratarea nevrozelor (motorii, fobice, anxioase, hipocondriace etc.) şi a afecţiunilor psihosomatice, trainingul autogen este astăzi folosit din ce în ce mai mult pentru indivizii sănătoşi din domeniile de activitate care solicită utilizarea la maximum a capacităţilor fizice şi intelectuale (cu precădere în aviaţie şi sport).

Dintre beneficiile obţinute pe baza practicării antrenamentului autogen se enumeră: realizarea unei destinderi generale reparatorii; autoreglarea unor funcţii corporale (respiratorii, cardiace, digestive etc.); instalarea „condiţionată" a somnului natural; estomparea emoţiilor parazitare şi a reacţiilor neadecvate în situaţii frustrante sau de aşteptare; creşterea capacităţii mintale, îmbunătăţirea unor procese psihice ca memoria, capacitatea de concentrare, intuitivitatea etc.; abolirea unor senzaţii dureroase (cenestopatii); autodisciplinarea personală, fortificarea voinţei şi modelarea caracterului.

887. **ANTRENAMENT MODELATORIU** ● Formă de antrenament psihopedagogic, iniţiat de şcoala românească (P. POPESCU-NEVEANU T. CREŢU, S. VORNICESCU ş.a., 1962), constînd dintr-un ansamblu de acţiuni informativ-formative, bazate pe anticipare operaţională (→ANTICIPARE OPERAŢIONALĂ) şi exersare prin operaţii şi deprinderi care facilitează formarea progresivă a gîndirii şi asigură o creştere a randamentului învăţării. Antrenamentul debutează, în funcţie de scopul didactic, cu elaborarea modelului de acţiune, care trebuie să fie simplu relevant, generalizat şi izomorf (sau homomorf) cu originalul. Interiorizarea modelului, realizată stadial — urmînd schema galperiană —, punctată de anticipări secvenţiale, este urmată de „obiectivări" sau aplicaţii în cele mai variate contexte.

888. **ANTRENAMENT PSIHOLOGIC MODELAT** (A.P.M.) ● Formă de antrenament psihologic, utilizată ca instrument de înţelegere mai profundă a modului de funcţionare al proceselor şi funcţiilor psihice şi ca mijloc de acţiune eficientă; constituie baza procedeelor modelării. Modelele folosite în cursul antrenamentului pot fi teoretice şi/sau experimentale (teorii, descrieri sau ilustrări ale fenomenului, mulaje, machete, scheme de funcţionare, simulatoare etc.), permiţînd, în final, transferul de cunoştinţe, deprinderi, scheme, operaţii, la situaţii similare sau originale, noi (→METODA MODELĂRII PRIN ANALOGIE).

APM activează sau potenţează diferitele funcţii psihice, creşte sau diminuează intensitatea lor, programează desfăşurarea optimală a activităţii prin modelarea condiţiilor psihologice responsabile în cel mai înalt grad de eficienţa ei; în acest fel, ameliorează şi facilitează cunoaşterea de sine şi raporturile omului cu ambianţa socială sau diferitele tipuri de activitate; sporeşte adaptarea omului pe planul proceselor psihice faţă de exigenţele vieţii sociale şi profesionale. Un exemplu de APM este pregătirea aviatorilor pentru diferitele situaţii (previzibile sau imprevizibile) impuse de tehnică şi de condiţiile de zbor.

889. **ANTRENAMENT PSIHOTONIC** (A.P.) ● Metodă specială de antrenament psihologic de tip ideo-motor, specifică activităţii sportive, constînd în valorificarea modificărilor psihologice şi fiziologice determinate de relaxarea musculară (generală sau localizată) produsă prin concentrare psihică. Sugestiile şi autosugestiile de relaxare, de contracţie şi de control al respiraţiei exercită un efect benefic asupra tonusului muscular şi, implicit, asupra stării psihice (deconectare, destindere, confort psihosomatic). Deşi eterogenă sub raportul principiilor teoretice şi al tehnicilor utilizate, în AP se pot distinge două faze sau momente. Odată căpătat asentimentul subiectului pentru practicarea AP, se trece la faza de iniţiere în tehnica acestuia, constînd în însuşirea şi exersarea într-o ordine riguroasă

și prin respectarea strictă a unor condiții a unor exerciții de relaxare musculară. Secvențial și localizat, apoi generalizat, sînt conștientizate relaxările pasive, contracțiile active și ritmul cardiac și respirator. Metodele J. H. Schultz (→ANTRENAMENT AUTOGEN), Jacobson, Alexander, Ajuriaguerra, sînt cîteva dintre tehnicile de relaxare utilizate cel mai frecvent în această primă fază.

Faza specială sau de antrenament modelat, care vizează pregătirea sportivului pentru performanțe, cuprinde exerciții specifice activității sportive, prin aplicarea controlului muscular obținut în prima fază la exigențele disciplinei sportive practicate. Mintal, se vizualizează toate momentele critice ale acțiunii de performanță sportivă, se operează ajustări ale tonicității și eficienței diferitelor grupe musculare, se combat efectele de oboseală prin diminuarea temporară a încordării, se valorifică restanțe funcțional-energetice sau se introduc corecții de ordin tactic în strategia acțiunii. Deși tehnica este specifică antrenamentului sportiv de performanță, eliminînd disfuncționalitățile psihosomatice resimțite de sportivi înaintea concursurilor (trac, teamă, insomnii, tulburări neurovegetative, incapacitate de concentrare și mobilizare etc.), metoda AP, mai ales prin faza ei preliminară (relaxare musculară prin concentrare mintală), este indicată și în următoarele cazuri : profilaxia oboselii, surmenajului ; abilitarea indivizilor angajați în activități care solicită electiv și excesiv anumite capacități fizice sau intelectuale ; tratarea unor stări de anxietate, nevroze motorii și boli somatice ; restabilirea și refacerea resurselor energetice, după efort susținut sau îndelungat.

890. **ANTROPO** (cf. gr. *anthropos* „om") ● Element de compunere savantă, cu ajutorul căruia se introduce în termenii compuși referirea la om.

891. **ANTROPOCENTRISM** (cf. gr. *anthropos* ; *kentron* „centru" ; vezi și lat. *centrum*) ● Variantă de finalism teologic și/sau strategie filozofică naivă (privind explicarea fenomenelor sociale), care situează omul în centrul universului, ca scop sau temei al acestuia. Acest determinism limitativ, de natură spirituală, se regăsește în psihopatologie în modul de gîndire al personalităților egocentrice și imature afectiv-cognitiv. De asemenea, se poate întîlni în schizofrenie, ca demers metodologic a priori, cu conținut delirant megalomanic.

892. **ANTROPOFOBIE(F)** (cf. gr. *anthropos* ; *phobos* „frică") — sin. EXANTROPIE ● Deși literal ar însemna frică de oameni, manifestările acestei fobii sînt variate, cuprinzînd o serie de fenomene privind dificultățile unor indivizi de a stabili contacte sociale directe. După HARTENBERG, chiar timiditatea ar putea fi asimilată cu cea mai simplă și cea mai răspîndită formă de antropofobie. După același autor, fobia de a fi privit intră în aceeași categorie, putîndu-se adăuga și ereutofobia. Tot din sfera antropofobiei fac parte fobiile referitoare la reprezentanții sexului opus : ginecofobia și, respectiv, androfobia. Teama de aglomerație (ochlofobia) este o altă formă posibilă de antropofobie.

De fapt, termenul este destul de imprecis ; o veritabilă teamă de oameni cu evitarea contactelor interumane ar depăși cu mult sfera fobiilor, înscriindu-se în cadrul fenomenelor psihotice.

893. **ANTROPOLOGIE** (cf. gr. *anthropos* ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Știința despre om, cunoașterea globală a speciei umane sub aspectul determinărilor sale generice, urmărind să clarifice originea, esența și poziția aparte a umanității la scară cosmică. În această accepțiune cuprinzătoare, implicații sau chiar întregi discursuri antropologice se integrează în toate miturile, religiile sau concepțiile filozofice. Termenul de antropologie a fost folosit prima oară de Magnus HUNDT în secolul al XVI-lea ; privită însă ca teorie constituită după canoanele cunoașterii științifice, antropologia începe a se dezvolta abia în secolul trecut, înscriindu-se pînă în prezent pe două direcții majore de investigație :

● Antropologia fizică, somatică sau antropobiologia — care abordează problematica dezvoltării și diferențierii speciei umane în rase, ale căror particularități se conturează pe fondul unor caracteristici esențiale comune.

● Antropologia culturală — se preocupă de clarificarea genezei comportamentului social, a particularităților sale definitorii — gîndire, limbaj, muncă, moralitate, creativitate etc. — precum și de elucidarea cauzelor ce stau la originea diferențierii contextelor și modelelor culturale.

Statutul actual al antropologiei evidențiază două tendințe complementare : pe de o parte, o accentuată specializare, manifestată prin proliferarea unui mare număr de antropologii de ramură, printre care antropologia preistorică, antropologia fizică, antropologia genetică, antropologia economică, antropologia politică,

Scanned with OKEN Scanner

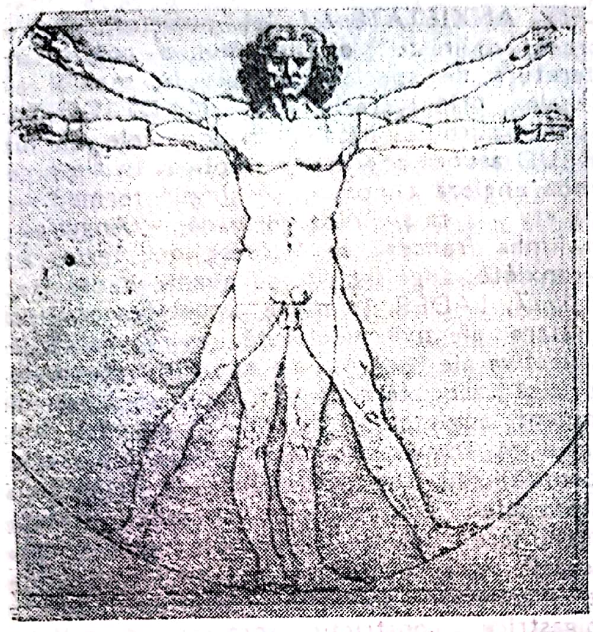
antropologia filozofică etc. ; pe de altă parte un efort din ce în ce mai sistematic de constituire a antropologiei ca disciplină complexă, de sinteză, ca viziune interdisciplinară asupra integralității ființei umane, axată pe o perspectivă unificatoare asupra interacțiunii dintre organism (cu determinismul său biopsihic) și mediul sociocultural, ale cărui legități transcend și influențează mecanismele elementare ale vieții.

Aparenta „atomizare" a antropologiei este de fapt un argument concludent al faptului că studiul antropologic „stă la baza tuturor științelor care abordează direct sau indirect problematica umană" (Romulus VULCĂNESCU), delimitîndu-i de fapt statutul integrativ. Acest program de sinteză implică respingerea critică a viziunilor antropologice unilaterale, fie că sînt de esență spiritualistă — acordînd un rol privilegiat dimensiunii eidetice a omului, definit exclusiv prin notele sale care-l detașează de natură prin atributele conștiinței —, fie că sînt de factură biologizantă, privind omul prin prisma temeiurilor sale preconștiente, fixate prin analogie cu legitățile lumii animalice, față de care cultura apare ca factor de distorsiune și mistificare (darwinismul social, rasismul etc.).

Din punctul de vedere al psihiatriei, antropologia culturală prezintă un interes deosebit, afirmînd funcția demiurgică a omului (MARX) în propria-i creație ca ființă consumatoare de cultură și modelată de impactul cultural. Antropologia culturală a oferit posibilitatea dezvoltării unor ramuri ca etnopsihiatria și psihiatria comparativă, care se concentrează asupra unor forme de manifestare deosebite de la un grup cultural la altul. Aceste fapte nu pot fi ignorate nici în evaluarea, definirea sau în descrierea unor fenomene psihopatologice. PAMFIL și OGODESCU propun printre antropologiile de sorginte materialist-dialectică antropologia triontică, reprezentînd o viziune antropologică totală, care arată că în actul libertății umane „necesarul, posibilul și contingentul sînt unite dialectic".

894. **ANTROPOLOGISM** ● Concepție proprie materialismului premarxist, axată pe ideea că omul trebuie privit, în primul rînd, ca ființă naturală, definită prin atributele corporalității și nevoilor vitale. Îndreptat împotriva teoriilor spiritualiste și dualiste, antropologismul modern (SPINOZA, materialiștii francezi, FEUERBACH) ignoră rolul factorilor sociali în geneza și dezvoltarea umanității, ceea ce conduce la o nefericită alternativă: fie reducerea fenomenelor spirituale și sociale la determinismul mai puțin complex al unor regnuri critic inferioare — mecanic sau biologic (La METTRIE, FEUERBACH), fie o explicație inconsecventă, de factură idealistă, a vieții sufletești și a proceselor sociale. Într-o accepțiune mai recentă, antropologismul desemnează orientarea filozofică proprie unor concepții spiritualiste (personalismul, existențialismul etc.), caracterizată prin opoziția față de tehnicism, înțeles ca apologie a eficienței tehnologice, a gîndirii formalizate, logico-matematice. Criticînd efectele alienante ale optimismului afișat de suficiența și aroganța managerială, proprii tehnicismului și scientismului, antropologismul contemporan își propune să reabiliteze unicitatea ființei umane, argumentînd dreptul individualității de a respinge uniformitatea, manipularea și înstrăinarea impusă de asaltul tehnicii și raționalității depersonalizante a managementului modern. Totodată, orientarea atropologistă se angajează într-o critică sistematică a exceselor raționalismului scientist, urmărind să repună în drepturi epistemice acele dimensiuni ale vieții spirituale prin care se afirmă plenar spontaneitatea voinței, creativitatea și nonconformismul liberului arbitru și prin care personalitatea se poate salva de pericolul mărginirii filistine și al înregimentării uniformizante implicate de încrederea nemărginită în raționalitatea de tip științific.

895. **ANTROPOMETRIE** (cf. gr. *anthropos* ; *metro* „măsură") ● Metodă de lucru a antropologiei (dar și a altor științe), introdusă de BERTILLON, constînd în determinarea prin măsurare a dimensiunilor corpului omenesc, în scopul descrierii unor variabile anatomice, tipice pentru anumite populații. Măsurarea privește caracteristici scheletale, perimetre ale cavităților, dimensiuni ale craniului și oaselor acestuia, dimensiuni ale segmentelor corpului, ale membrelor etc. Antropometria, inițiată în secolul al XVIII-lea, și-a perfecționat atît mijloacele tehnice de investigație, cît și sfera preocupărilor, astfel încît, din analiza datelor complexe pe care le culege, poate oferi unele supoziții și concluzii în ceea ce privește adaptarea ecologică a ființei umane și modificările induse de modul contemporan de viață. Exagerarea importanței unor parametri biologici și interpretarea calitativă tendențioasă dată unor diferențe cantitative între indivizi, au fost folosite ca date „*științifice*" în susținerea „superiorității rasiale".



Leonardo Da Vinci.

896. ANTROPOMORFISM (cf. gr. *anthropos* ; *morphe* „formă") ● Tendință a gîndirii de a căuta explicația unor fenomene din natură pe baza unei analogii între acestea și activitatea umană conștientă. Înrudită cu animismul și prezentă în toate miturile religioase (îndeosebi în cele consacrate de religiile politeiste), viziunea antropomorfică își reprezintă simbolic procesele și forțele naturale, sociale sau psihice după modelul unor acte săvîrșite de ființe divine, înzestrate cu atribute și calități omenești. Funciar pentru conștiința comună, chiar în societățile cele mai evoluate, antropomorfismul constituie un temei psihologic foarte important al religiei, oferind o falsă, dar facilă inteligibilitate a realului. Fertil în creația artistică, antropomorfismul poate reprezenta un obstacol major în dezvoltarea științei, care nu este posibilă decît prin efortul permanent de înlăturare a falselor reprezentări întemeiate pe umanizarea dinamismului și a proceselor naturale.

897. ANTROPONOMIE (cf. gr. *anthropos* ; *nomos* „lege") ● Termen prin care HUNTER a încercat, în 1925, să definească psihologia științifică. Termenul nu este utilizat.

898. ANTROPOPATIE (cf. gr. *anthropos* ; *pathos* „suferință") ● Termenul este utilizat în două sensuri :

● Formă de delir constituind în convingere, patologică a individului asupra, coexistenței în propriul corp, a uneia sau mai multor ființe umane, a căror mișcare sau voci le percepe în mod frecvent.

● Credință potrivit căreia divinitatea ar avea sentimente sau pasiuni omenești, originară în sistemele religioase primitive.

899. ANTROPOTOXINA (cf. gr. *anthropo* ; *toxikon* „otravă" ● BROWN SEQUARD introduce, în 1888, teoria antropotoxinelor (un produs toxic existent în aerul expirat, care ar determina tulburări funcționale evidente în condiții de aglomerare, unde cantitatea de aer viciat este mai mare). Această teorie a fost preluată imediat de o serie de autori pentru a explica unele tulburări psihice. Teoria, ca și termenul, au fost abandonate, nemaiprezentînd decît interes istoric.

900. ANTURAJ (fr. *entourage* „ceea ce înconjură") ● Mediul social cel mai apropiat sau particular în care se dezvoltă un individ, incluzînd atît dispunerea persoanelor în spațiul apropiat, cît și frecvența în timp a comunicării interpersonale. Este definit prin opoziție cu mediul biologic și fizic. Anturajul este o componentă a ambianței psihosociale, cuprinzînd elemente eterogene ca proveniență și ca investiție afectivă (rude, colegi, prieteni). Din definiție rezultă marele răsunet psihoemoțional pe care îl are anturajul în dezvoltarea și formarea personalității, în generarea unor reacții nevrotice/psihotice sau chiar a unor nevroze, în restabilirea unui statut pierdut (prin psihoze) al unui subiect aflat în faza de resocializare terapeutică. Nu este de neglijat nici efectul anturajului în consolidarea unei relații adecvate medic-pacient.

901 ANUAR[M] Venezuela — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON[M].

902. **ANULARE** (cf. lat. *annullare* „a anihila, a nimici") ● Este considerată de psihanaliști ca unul dintre mecanismele psihologice de apărare ale Eului împotriva angoasei izvorite din idei, sentimente sau acte rejectate de conștiință (cenzurate). Constă în convertirea acestora, imaginativă sau comportamentală (real-efectorie), în idei, sentimente sau acte contrare. În anumite cazuri, anularea este definitivă prin transformarea în contrariu, cum este cazul sentimentului de milă ce ia locul cruzimii sau al dezgustului față de un obiect, anterior atractiv.

903. **ANULARE RETROACTIVĂ** ● Mecanism de apărare a Eului (după FREUD), constînd într-un „comportament compulsional de alură magică" (LAPLANCHE și PONTALIS), prin care subiectul face eforturi să anuleze gînduri, cuvinte, gesturi sau acte, vizînd realitatea însăși a actului, negînd ireversibilitatea timpului. După FREUD „... veritabila lor semnificație rezidă în aceea că reprezintă conflictul dintre două mișcări opuse și de intensitate egală...".

Anularea retroactivă se prezintă sub diverse modalități : un comportament este anulat de comportamentul direct opus, același comportament este repetat, dar cu semnificații diferite sau opuse ; comportamentul de anulare este contaminat de comportamentul pe care încearcă să-l anuleze. Se pot decela două niveluri ale conflictului psihic ; conflictul interpulsional (între iubire și ură, după FREUD) și conflictul între pulsiuni și Eu, în care Eul găsește un aliat în pulsiunea opusă celei de care se apără.

În sfera normalității apare anularea sau atenuarea semnificației unui act (retractarea unei afirmații, reabilitarea unui condamnat). În sfera psihopatologiei anularea retroactivă apare mai ales în simptomatologia obsesională.

904. **ANXIDIN**(M) Finlanda — DCI *Dipotassium clorazepate* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

905. **ANXIETAS TIBIARUM**(S) *sindrom* sin. MERASTENIE AGITATĂ ; RESTLESS LEGS ; SINDROMUL PICIOARELOR NELINIȘTITE ; WITTMAACK-ECKBOM(B) boală sin.
→ ECKBOM(S) — sindrom.

906. **ANXIETATE** (cf. lat. *anxietas* „îngrijorare, neliniște") ● Termenul a apărut în literatura de specialitate abia în secolul al XIX-lea, prin lucrările lui J. M. DA COSTA asupra „cordului iritabil" și prin cele ale lui FREUD asupra angoasei nevrotice. În timp ce limba engleză cunoaște un singur termen — anxiety —, ca și limba germană — Angst —, în limba franceză se folosesc doi termeni : — anxiété, angoisse —, cu nuanțe deosebite. În 1977, LADER definește anxietatea ca fiind o stare afectivă neplăcută, avînd calitățile subiective ale fricii sau ale emoțiilor apropiate de frică ; asociată cu sentimentul unui pericol iminent, anxietatea este diferită de frică prin faptul că amenințarea este difuză (anxietate normală) sau disproporționată în raport cu intensitatea emoției sau, aparent, această amenințare lipsește (anxietate patologică). Această stare se acompaniază de un cortegiu de manifestări somatice : palpitații, dureri epigastrice, constricție toracică, dificultate respiratorie, uscăciunea mucoaselor — manifestări determinate de modificări fiziologice ca hiperactivitatea glandelor sudoripare, vasoconstricție periferică, hipertonie musculară etc. KIELHOLZ definește anxietatea ca o reacție emoțională dezadaptată (disproporționată în raport cu amenințarea la care este supus individul), acompaniată de mimică și gestică specifice, precum și de fenomene de stimulare adrenergică excesivă, care pot constitui sursa unui feed-back pozitiv, închizînd astfel un cerc vicios. KIELHOLZ consideră că indivizii echilibrați au o anxietate normală și că tratamentul este necesar numai în anxietatea patologică. Nici una dintre aceste definiții nu acoperă însă toate situațiile întîlnite în practică ; punctele lor slabe le-ar constitui expresia „amenințare difuză", dificultatea de a stabili uneori dacă o reacție anxioasă este disproporționată sau nu, dacă amenințarea lipsește într-adevăr etc. În 1978, DEL GIUDICE dă o definiție circulară a anxietății, considerînd-o un sindrom alcătuit din mai multe simptome patologice, care tulbură activitatea normală și care poate fi ameliorat, în totalitate sau în parte, prin tratament anxiolitic sau alte tratamente. Această definiție se referă strict la „anxietatea clinică", deci la stările care determină subiectul să se prezinte la medic. El consideră că anxietatea poate fi continuă sau intermitentă, secundară altor afecțiuni psihice sau somatice, poate fi acută sau cronică, predominent psihică sau predominent somatică. Cuplul de termeni anxietate-angoasă a suscitat multiple dispute, depășind domeniul psihopatologiei. LITTRÉ consideră anxietatea ca o tulburare a afectivi-

Scanned with OKEN Scanner

tății, acompaniată de o senzație de jenă și constricție precordială. Între anxietate și angoasă diferența nu ar fi decît de intensitate, ele fiind doar grade diferite ale aceleiași stări. ROBERT vede în angoasă o stare de constricție epigastrică, acompaniată de dificultate respiratorie și senzație de anxietate. BRISSAUD a stabilit, în 1902, o distincție devenită clasică în psihiatria franceză: anxietatea este o tulburare mintală cu neliniște și agitație; angoasa înglobează anxietatea și manifestările somatice ale acesteia. În psihiatria contemporană această distincție nu mai este menționată. Anxietatea este un sindrom fundamental al psihopatologiei, unii autori încercînd să-i acrediteze chiar ubicuitatea în patologia mintală. Descrierea ei se lovește însă (ca și în cazul altor simptome fundamentale) de inerente greutăți rezultate din faptul că descrierile subiecților sînt relatări ale unor trăiri dominante de teamă, teroare, tensiune, nervozitate etc. Autorii americani au încercat chiar o distincție între tulburările de panică (panic attacks) și anxietatea generalizată — distincție încă foarte discutată (KLEIN, LEIBOWITZ, TORGESON, CLONINGER). Nu numai psihologia și psihiatria, dar și literatura și filozofia susțin ubicuitatea conceptului de anxietate, rolul său crucial în determinarea condiției umane. HEIDEGGER situează anxietatea în dimensiunea ontologică a ființei umane: „angoasa dezvăluie neantul" (în etapa respectivă anxietatea și angoasa aveau același sens).

În anxietate, tulburarea afectivității are un caracter bazal, „fără obiect" (de fapt, fără obiect precizat). Ea are un caracter de potențialitate, deformînd trăirea prezentă în raport cu viitorul presimțit ca ostil și predeterminat ca atare. Admițînd că, fenomenologic, anxietatea este o aproximație negativă a viitorului, se poate spune că intensitatea ei este în raport strîns cu intervalul care separă timpul actual al subiectului de timpul evenimențial, perceput ca amenințător. Cu cît acesta este mai apropiat, cu atît intensitatea este mai ridicată. În acest sens, anxietatea poate fi privită ca o „halucinație psihică" legată de viitor (se referă la un obiect care nu există și nu va exista, se desfășoară într-un timp imaterial și într-un spațiu imaginar, nu se poate corecta prin voință, este impenetrabilă la critică). Anxietatea patologică este distinctă față de neliniștea sau teama obișnuită resimțită de orice subiect în fața unei situații noi sau cu un grad sporit de dificultate. Pentru majoritatea oamenilor, anxietatea este o dimensiune a vieții cotidiene, avînd o serie de funcții adaptative (DUNN) cu răsunet pozitiv asupra activității (concentrare, mobilizarea forțelor). De obicei, se pot identifica următoarele caracteristici ale anxietății: este nemotivată, se referă la un pericol iminent și nedeterminat, față de care apare o atitudine de așteptare (stare de alertă), este însoțită de convingerea neputinței și a dezorganizării în fața pericolului, se asociază cu o simptomatologie vegetativă generatoare de disconfort somatic, care declanșează un cerc vicios cu efect de întreținere a anxietății.

Simptomele somatice ale anxietății, descrise de unii autori (BRISSAUD, BOUTONIER, LITTRÉ, HARTENBERG, IONESCU, CUCU) ca angoasă (termen impropriu), au fost denumite de KIELHOLZ echivalențe somatice ale anxietății (1982). Acestea ar fi:

- echivalențe cardiace (sindromul anxietății cardiovasculare, TAYLOR, 1983): palpitații, tahicardie paroxistică, aritmii, tendință la sincopă, pseudoangină pectorală;
- echivalențe gastrointestinale: bară epigastrică, spasme faringiene gastrice sau intestinale, uscăciunea gurii, colită spastică, spasm ano-rectal, crize de sughiț, foame sau sete paroxistice, diaree;
- echivalențe respiratorii: dispnee astmatiformă, hiperpnee (care poate declanșa crize tetaniforme); tuse nervoasă în accese;
- echivalențe genito-urinare; disurie cu urini clare, polakiurie, crize poliurice; tulburări de dinamică sexuală, sudorații paroxistice mai frecvente în cursul nopții, răcirea extremităților;
- echivalențe neurologice senzoriale sau motorii: cefalee, lombalgii, algii posturale, prurit, tremurături, zgomote auriculare, crize vertiginoase cu instabilitate la mers; tulburări ale ritmului somn-veghe; insomnii de adormire, vise frecvente, coșmaruri, hipersomnie; oboseală pînă la senzația de epuizare.

Formele clinice ale anxietății:

● Forme izolate, monosimptomatice, care constituie singura manifestare clinică decelabilă, cuprinzînd:

- criza paroxistică de anxietate, cu debut brusc, inopinat, sau pe un fond anxios preexistent. Este dramatică, se asociază cu o panică teribilă, nejustificată de o situație sau de un obiect, subiectul resimțind o senzație de moarte iminentă cu modificări respiratorii, cardiovasculare, digestive etc.;

- starea de anxietate cronică, mai mult sau mai puţin permanentă, resimţită ca o tensiune internă, asociată şi ea cu senzaţii penibile de constricţie toracică, esofagiană, epigastrică, precordialgii, lipotimii, dispnee, hipersudoraţie, tremurături etc.

Coupeau-Lucien Guitry.

- Forme asociate apar în:
  - nevroza fobică şi obsesivă, în special, şi în isterie;
  - psihoze, mai ales în faza acută a bufeelor delirante, schizofrenie, melancolie (în care anxietatea poate favoriza trecerea la actul suicidar);
  - medicina somatică, unde anxietatea însoţeşte majoritatea bolilor, fiind accentuată mai ales în edemul pulmonar acut, astm, coronaropatii, hipoglicemii, Parkinson, tumori de fosă posterioară, scleroza în plăci, epilepsie, hipertiroidie etc.

Existenţa anxietăţii ca fenomen asociat contextului simptomatologic al unor afecţiuni, impune, mai ales în cazurile în care există o aparentă predominenţă clinică a manifestărilor anxioase, efectuarea unui diagnostic diferenţial între anxietate, care apare numai ca un epifenomen, şi afecţiunea de bază. Din multitudinea de circumstanţe care se pot preta la o asemenea confuzie, redăm schematic pe cele mai importante:

- PSIHOZE:
  - depresie agitată;
  - schizofrenie;
- AFECŢIUNI PSIHOORGANICE:
  - neoplasme cerebrale;
  - migrene;
  - delirium;
  - debutul unor demenţe;
- AFECŢIUNI ENDOCRINE:
  - sindromul carcinoid;
  - sindromul Cushing;
  - hipertiroidism;
  - hipoglicemie;
  - hipoparatiroidism;
  - insulinoame;
  - feocromocitom;
- AFECŢIUNI CARDIOVASCULARE:
  - prolaps de valvulă mitrală;
  - angină pectorală;
  - aritmii cardiace;
- INTOXICAŢII:
  - cafeinism;
  - amfetamine;
  - halucinogene;
  - sindrom de abstinenţă;
- AFECŢIUNI RESPIRATORII:
  - toate tipurile de hipoxie acută sau cronică.

După criteriul temporal-evolutiv, anxietatea se poate manifesta cronic (liber flotantă, generalizată), sau în crize (atacuri de panică, criză de angoasă paroxistică). Iată, după autorii americani, criteriile de diagnostic pentru cele două forme:

- *Anxietatea generalizată* (flotantă, cronică):
  - anxietate persistentă şi generalizată, manifestată prin cel puţin trei din următoarele simptome: tensiune motorie, hiperactivitate, aşteptare anxioasă, vigilenţă şi suspiciozitate;
  - dispoziţia anxioasă să fie continuă cel puţin o lună;
  - să nu fie generată de o altă tulburare mintală;
  - vîrsta de peste 18 ani.

● *Criza de anxietate* (atacul de panică, angoasa paroxistică) :
- trei crize în trei luni în afara unor perioade de efort deosebit sau în situații care pun viața în pericol. Criza este precipitată de expunerea la stimuli fobici circumscriși ;
- crizele de teamă sînt marcate de discrete episoade de teamă sau frică, de hiperactivitate, așteptare anxioasă, vigilență și suspiciozitate ;
- nu este datorată unei alte boli mintale sau tulburărilor somatice ;
- nu este asociată cu agorafobie.

După criteriul intensității, anxietatea poate fi nevrotică sau psihotică :

● *Anxietatea nevrotică* (anxietate liber-flotantă — CAMPBELL) este caracterizată (după H. EY) de următoarele patru atribute :
- nu este reacțională ;
- este trăită ca un coșmar ;
- are valoare de simulacru (oricît de dramatic descrisă, pare artificială) ;
- este instantanee (nu are trecut, nici viitor).

Ea este însoțită de așteptare anxioasă, caracterizată prin : tensiune motorie (mișcări bruște ale capului, tremurături, mialgii, fatigabilitate, incapacitate de relaxare, clipiri dese, neliniște motorie), hiperactivitate vegetativă, anticipare anxioasă — frica sau grija pentru sine sau pentru ceilalți, legată de un pericol intuit, vigilența polarizată (hiperprosexie spontană, distractibilitate, dificultate de concentrare, nerăbdare, insomnie de adormire). Anxietatea nevrotică apare în următoarele circumstanțe : toate nevrozele, decompensări ale structurilor dizarmonice de personalitate, afecțiuni organice, reacții, boli somatice.

● *Anxietatea psihotică* corespunde trăirilor din crizele de anxietate : apariția brutală, inopinată, pe fondul unei anxietăți minore preexistente, are un caracter dramatic, invaziv, antrenează comportamente de apărare cu aspect de reacție punitivă (fugă sau stupoare), modifică claritatea și lărgimea cîmpului conștiinței. Este însoțită de tanatofobie, de credința în iminența decesului și de echivalențe somatice. Anxietatea psihotică apare în reacții, psihoze delirante acute și cronice, depresie psihotică, psihoze organice (mai ales în stările de delirium), debutul demențelor.

Tot pe criteriul intensității, H. EY clasifică anxietatea morbidă în minoră și majoră. Anxietatea minoră se caracterizează prin : îndoială, teamă, neliniște, regret, descurajare. Anxietatea majoră se caracterizează prin : amenințare misterioasă, senzație de moarte iminentă, nefericire, sentiment de întemnițare, disperare.

Etiologia anxietății rămîne încă un domeniu al ipotezelor în care, ca și în cazul altor tulburări cu caracter bazal, teoriile multifactoriale par să fie cele mai apropiate de realitate. Chiar în acest caz, raportul dintre factorii biologici și genetici, psihologici și mezologici este variabil de la individ la individ. Contribuția genetică este mai pregnantă decît în cazul altor tulburări, observîndu-se corelații semnificative statistic în familiile de anxioși și la gemenii monozigoți. Existența unor markeri biologici pare să fie, de asemenea, plauzibilă. Astfel, în fenomenele anxioase, testul de lactat de sodiu este mult mai frecvent pozitiv. Alți parametri biologici au fost furnizați de reflexul cutanat galvanic și de modificări ale circulației cubito-radiale. Metabolismul noreprinefrinei în sistemul nervos central la anxioși (SWEENEY) pare a fi modificat, așa cum arată cercetări foarte recente. Evenimentele traumatogene ca moartea unei persoane apropiate, emigrarea, divorțul, pot constitui tot atîtea cauze de anxietate. După teoriile psihanalitice, anxietatea este provocată de exigențele pulsionale, care asediază Eul ce se apără. Anxietatea este, după postfreudiști, indicele nehotărîrii subiectului în raport cu obiectul. Astfel, în funcție de tipul de apărare, mecanismele apărării împotriva anxietății ar fi următoarele :

Tabel nr. XXII

Tipul de apărare	*Mecanisme de apărare*
Imatură	acting out, blocarea, somatizarea, hipocondria, introspecția, comportament pasiv-agresiv, proiecția, regresia, retragerea autistă
Matură	altruism, anticipare, ascetism, umor, sublimare, supresie
Narcisiacă	negare, distorsiune, proiecție
Nevrotică	verificare, deplasare, disociație, externalizare, inhibiție, somatizare, intelectualizare, izolare, raționalizare, formație reactivă, reprimare, sexualizare

După cei mai mulţi autori, debutul unei stări anxioase este totuşi cel mai adesea declanşat de evenimente precipitante. Ipoteza biochimică se referă la sistemele GABA (acid gamaaminobutiric), care par să demonstreze implicarea neurotransmiţătorilor în declanşarea anxietăţii. Neurofiziologia a demonstrat, prin studiile asupra diencefalului, sistemului limbic şi substanţei reticulate (JAMES, LANGE), participarea acestora la apariţia reacţiilor emoţionale, inclusiv a anxietăţii. Este recunoscut rolul important în special al sistemului septohipocampic, al nucleilor rafeului dorsal şi locusului ceruleus. REDMOND (1979) demonstrează că stimularea locusului ceruleus produce la maimuţe o reacţie asemănătoare fricii. Această zonă ar fi responsabilă de secreţia a 70% din norepinefrina cerebrală. Este posibil ca interacţiunea sistemelor neurotransmiţătoare GABA-ergice, noradrenergice şi serotoninergice să fie implicate în apariţia anxietăţii. Clonidina, substanţa care limitează funcţiile sistemului noradrenergic, duce la o scădere parţială a anxietăţii, micşorînd mai ales fluctuaţiile acesteia, dar influenţînd mult mai puţin gravitatea ei (HOHEN-SARIC, Mc LEOD, 1983).

De aici se poate deduce o participare a acestui sistem mai ales ca amplificator al anxietăţii decît ca generator al acesteia. Pînă la recenta descoperire a unor antagonişti serotoninici (JANSSEN, 1983), nu s-a putut spune clar care este rolul acestui sistem în geneza anxietăţii. În momentul de faţă se poate afirma o legătură directă între inhibiţia activităţii serotoninice cerebrale şi reducerea anxietăţii.

Studiile comparative între tipurile comportamentale A şi B (→ BIOTIP) au evidenţiat faptul că la cei din prima categorie există un nivel crescut de epinefrină, norepinefrină şi cortizol, atunci cînd fac un efort mintal sau o criză de anxietate (WILLIAM, LANE, 1982). REYNOLDS şi colaboratorii (1983), studiind efectele anxietăţii asupra somnului, au demonstrat existenţa unor tulburări ale ritmului somnului, discontinuităţi asemănătoare cu cele apărute la pacienţii depresivi. Deşi s-a adunat un număr enorm de date, nu se poate stabili la ora actuală un model complex psihofiziologic sau biochimic satisfăcător.

Tratamentul anxietăţii se aplică în funcţie de contextul psihopatologic în care acesta apare (în psihoze, diferit de nevroze). Clinicianul trebuie să aprecieze, în faţa fiecărui caz, oportunitatea utilizării sau asocierii celor două principii terapeutice de care dispune : psihofarmacologice şi psihoterapice.

907. **ANXIOASĂ** — *nevroză* (fr. *anxieux*) ● Entitate nevrotică, discutabilă în opinia unor autori (mai ales cei francezi), care preferă să vorbească de „stări anxioase". Elementul semiologic central este anxietatea (anxiety, anguish, uneasiness, malaise, angustia, Angst), care capătă un contur mai precis din interferenţele psihiatriei cu filozofia (1884, KIERKEGAARD), dar şi cu medicina internă („nevroză cardiacă", „nevroză vasomotorie", „astenie neurocirculatorie", „cord iritabil"). FREUD o desprinde din sfera neurasteniei, în care o inclusese BEARD, în 1869, şi o descrie ca nevroză actuală (1894), alături de neurastenie şi hipocondrie. El arată că există o insuficientă elaborare psihică, cu un factor de acumulare a energiei sexuale vacante, şi dificultatea subiectului de a stăpîni această energie. Comparînd-o cu isteria (cu care se combină frecvent, de altfel) susţine că tensiunea generată la nivel somatic nu poate trece în psihic urmînd să se exteriorizeze tot la nivel somatic (în isterie, excitaţia psihică ia o cale falsă, cea a conversiei). Nevroza anxioasă apare ca entitate distinctă, cu o frecvenţă de 3—5% în rîndul populaţiei generale şi de 6—26% în cazul bolnavilor psihici, după GRAY, sau de 3—9% (împreună cu formele fobice), după BRÄUTIGAM.

Nevroza anxioasă este definită drept psihogenie caracterizată în primul rînd, prin prezenţa anxietăţii şi a echivalenţelor ei somatice, evoluînd paroxistic şi pe un fond intercritic particular tensionat.

Elemente definitorii. Sînt reprezentate de : elementele definitorii ale nevrozei (în general) la care se adaugă manifestările clinice majore ale anxietăţii (criza de anxietate, echivalenţele somatice ale anxietăţii, anxietatea de aşteptare).

Etiopatogenie. S-au formulat în acest sens cîteva teorii :

- constituţionalistă : existenţa unei constituţii anxioase pe plan somatopsihic ;
- comportamentală : condiţionări patogene, culpabilitate sexuală, situaţii de abandon şi separare, eşec sentimental, doliu, schimbări în situaţia socială, schimbarea domiciliului, situaţii considerate ca „pierderi de valori" ;
- psihanalitică : exces de stimulare psihică externă sau internă cu incapacitatea subiectului de elaborare psihică eficientă a energiei, deci de descărcare specifică a ei.

Diagnosticul pozitiv. Se face în prezenţa următoarelor elemente :

● Criza de anxietate (angoasa autorilor francezi) : dispnee, palpitaţii, toracalgii, senzaţii de sufocare, greaţă, vertij, instabilitate, slăbiciune, derealizare (sentimentul irealului),

tegumente calde/reci, parestezii, tremurături, frica de moarte iminentă, acte necontrolate în timpul crizei.

● Echivalenţele somatice (numai după excluderea unei afecţiuni organice insoţită de anxietate) : cardiace, gastrointestinale, respiratorii, genito-urinare, sudoraţii, paroxistice, echivalenţe neurologice (senzoriale/motorii), tulburări ale somnului, oboseală, epuizare.

● Aşteptare anxioasă (anxietatea de aşteptare sau tulburarea generalizată a anxietăţii) se manifestă prin minimum trei dintre următoarele categorii de semne :

- tensiune motorie : tremurături, sărituri, clătinături ale capului, mialgii, fatigabilitate, incapacitate de relaxare, clipitul pleoapelor, ridicarea sprincenelor, nelinişte motorie ;
- hiperactivitate vegetativă : transpiraţii, tahicardie, extremităţi reci, uscăciunea gurii, greţuri, ameţeli, parestezii ale extremităţilor, stomac greu, polakiurie, diaree, constricţie faringiană, roşeaţa/paloarea feţei, hiperpnee ;
- anticipare anxioasă : anxietate, grijă, frică, ruminaţie şi anticiparea unei nenorociri pentru sine sau pentru alţii ;
- stare de „vigilenţă" : hiperprosexie spontană şi distractibilitate cu dificultate de concentrare, insomnie, instabilitate, nerăbdare.

Diagnosticul diferenţial. Se face separat pentru :

- Criza de anxietate — prin caracterul ei dramatic, cu stări asemănătoare din : criza de angor, infarctul miocardic, embolia pulmonară, criza de astm bronşic, epilepsia temporală, hipertiroidia, vertijul labirintic, hipoglicemia, porfiria, tetania, intoxicaţia cu cofeină, carenţa de etiologie toxică.
- Echivalenţele somatice — cu manifestările anxioase ale afecţiunilor organice (atenţie la posibilul abuz de examene paraclinice, care pot amplifica anxietatea).
- Stările anxioase din alte boli psihice : alte nevroze (fobică, isterică, obsesional-compulsivă) ; schizofrenie (anxietatea este datorată mediului perceput ca ostil) ; melancolia anxioasă (diagnostic dificil şi important pentru tratament : anxioliticele nu vor modifica depresia şi riscul suicidar persistent ; antidepresivele agravează nevroza anxioasă. Se va ţine cont de virstă — debut în jur de 40 de ani —, de antecedentele depresive personale şi familiale, de intensitatea mare a depresiei, de temele de devalorizare şi culpabilitate).
- Stările demenţiale — prin caracterele conferite de virstă, EEG, examene psihologice, examenul fundului de ochi.

Evoluţia, este în general bună (10% vindecare completă, 20% cu persistenţa simptomelor invalidante, 70% cu sechele psihice minore sau pasagere).

Principiile de tratament. Se confundă cu principiile generale de tratament al nevrozelor. În plus, anxietatea reprezintă simptomul psihiatric cel mai sensibil la chimioterapie. Vizează în general, tratament profilactic comun ; tratament curativ ; tratament de fond ; între pusee ; psihoprofilaxie, chimioterapie (sedative, tranchilizante, neuroleptice sedative ; nu se vor administra antidepresive, în special triciclice, care potenţează anxietatea) şi psihoterapie (relaxare, narcoanaliză, terapii comportamentale). Tratamentul crizei de anxietate : tranchilizante, neuroleptice sedative, suficiente investigaţii paraclinice, în scop de securizare.

908. **ANXIOLETAS**(M) Spania — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamate, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

909. **ANXIOLIT**(M) Austria, Elveţia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4 h) ; acţiunea sa este : sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

910. **ANXIOLITICE** ● Constituie o clasă de medicamente care au o foarte largă utilizare, nu numai în psihiatrie, ci şi în aproape toate specialităţile medicale (unde sint recomandate cu mai mult sau mai puţin discernămint).

Clasificare :

- propandioli : meprobamat, tibamat etc. ;
- derivați de difenilmetan : hidroxizin, difenhidramina, benactizina (au și proprietăți antihistaminice) ;
- clormezanona ;
- benzodiazepine ;
- betablocante ;
- neuroleptice sedative (unele).

Larga utilizare a anxioliticelor se datorează faptului că anxietatea este un simptom constant, întîlnit atît în toată medicina somatică, cît și, practic, în toată psihopatologia. De multe ori, aceste droguri produc o ameliorare temporară a simptomelor, „mascîndu-le", dar fără a acționa asupra tulburării de bază. Astfel anxioliza se poate realiza cu medicamente care sedează și produc somn (barbiturice) cu antidepresive anxiolitice, cu neuroleptice sedative — toate acestea acționînd în primul rînd asupra altor simptome țintă, a căror „neutralizare" atrage după sine efectul menționat. Clasele enumerate mai sus se referă la medicamente anxiolitice care, în doze terapeutice, nu sedează și nu induc somnul. Clasele de medicamente sedative, hipnotice și anxiolitice se suprapun în mare parte din punctul de vedere al acțiunii lor, efectul fiecărui tip de produs farmaceutic variind în funcție de boală, de tipul și intensitatea anxietății, de doza administrată. Alegerea anxioliticului se va face cît mai judicios, în funcție de caracteristicile individuale ale subiectului și de tipul simptomatologiei anxioase (predominent psihică/somatică, crize de panică etc.). Acțiunea anxioliticelor se exercită asupra a două componente : componenta internă — trăirea anxioasă, și cea externă — modificările de comportament și de structură a personalității. Indicația majoră a acestei clase de medicamente este reprezentată de anxietatea nevrotică și cea declanșată reactiv, a patologiei de stres, precum și cea din cadrul sindroamelor psihoorganice. Anxioliticele au eficacitate și în depresiile ușoare, în stările disforice moderate, precum și în tratamentul fobiilor, balbismului, mai puțin în simptomatologia obsesională.

PROPANDIOLII. Cel mai folosit drog din această clasă este MEPROBAMATUL, sintetizat, în 1915, de către BERGER (care, de fapt, experimenta obținerea unui miorelaxant). Efectele asupra sistemului nervos central sînt asemănătoare barbituricelor : determină inducerea somnului, are efect anticonvulsivant puțin important (nu se folosește ca anticonvulsivant). Încă nu se știe dacă relaxarea musculară este secundară sedării sau dacă este un efect independent de acesta. Efectul dozelor terapeutice asupra sistemului nervos vegetativ sînt practic nule (poate apărea doar o ușoară hipotensiune). MEPROBAMATUL determină apariția toleranței metabolice și celulare, administrarea cronică a dozelor ducînd la creșterea toleranței și apariția dependenței, iar întreruperea declanșînd tulburările de sevraj (asemănătoare cu cele ale sevrajului barbituric).

TIBAMATUL are, față de MEPROBAMAT, avantajul că, prin acțiunea sa de scurtă durată, nu determină dependență. Absorbția se produce la nivelul tractului gastrointestinal, nivelul sanguin maxim apărînd după 2—3 ore de la ingestie, iar distribuția în organism nu este uniformă. Metabolizarea se face în hidroximeprobamat și derivați ai conjugării glucuronice ; eliminarea este pe cale renală ; aproximativ 10% se elimină nemetabolizat. Este eficient în anxietatea apărută în tulburările de sevraj ale alcoolicului, anxietatea normală din anumite stări emoționale, anxietatea din nevroze și din afecțiunile somatice. Reacțiile adverse constau din : senzație de slăbiciune, greutate în vorbire, ușoare tulburări de vedere, greață, vărsături, ocazional hipotensiune și tahicardie. Poate da accidente alergice. Foarte rar poate determina leucopenie, trombocitopenie, agranulocitoză, anemie plastică ; exacerbează manifestările porfiriei. Supradozajul cu MEPROBAMAT și TIBAMAT determină instalarea comei, insuficiență respiratorie, edem pulmonar. Tratamentul constă în susținerea cardiorespiratorie. Utilizarea acestor droguri în asociere cu alte substanțe depresoare ale sistemului nervos central le potențează efectul. Principalii produși (DCI) : MEPROBAMAT, TIBAMAT.

DERIVAȚI DE DIFENILMETAN — hidroxizina (ATARAX, IDROSSIZINA, MASMORAN, PAMOZIN, PLACIDOL, VISTARIL). Sînt medicamente antihistaminice, antiemetice și sedative, cu efecte secundare minime și efect anxiolitic de scurtă durată, cu eficacitate în neurastenie, nevroză depresivă și cenestopată, în sindromul psihoorganic (ATARAXUL se folosește în stările de agitație determinate de interferențele alcoolice acute). Acțiunea durează 4—5 ore.

CLORMEZANONA — TRANCOPAL, deprimă ușor funcțiile sistemului nervos central și produce relaxare musculară. Este folosit în anxietatea ușoară (evaluată ca atare prin scara Hamilton). Durata de acțiune este de 4—6 ore. Efectele secundare sînt ușoare, de tipul somnolenței, amețelii. Rar produce icter. Pot apărea erupții alergice, greață, vărsături.

BENZODIAZEPINE — cele mai utilizate tranchilizante (unul din zece americani utilizează benzodiazepine, cu sau fără prescripţie medicală!), DIAZEPAMUL fiind cel mai folosit dintre toate drogurile existente. Precursorul chimic al benzodiazepinelor a fost sintetizat în 1933, iar prima benzodiazepină în 1955 (clordiazepoxid) şi introdusă în psihochimioterapie în 1960. De atunci şi pînă în prezent, au fost sintetizaţi peste 2 000 derivaţi benzodiazepinici. Benzodiazepinele au acţiune anticonvulsivantă, de relaxare musculară, calmantă, anxiolitică şi, indirect, hipnotică. Ele nu influenţează ciclurile somnului, produc modificări EEG prin creşterea proporţiei undelor beta şi scăderea ritmului alfa (ca şi MEPROBAMATUL). Ridică pragul anticonvulsivant. Acţiunea lor se produce la nivelul sistemului limbic, impietînd asupra transmiterii impulsurilor între lobul amigdalian şi hipocamp. Benzodiazepinele facilitează mecanismele sinaptice de inhibare a acidului gamaaminobutiric. Acţiunea lor farmacologică asupra sistemului nervos central este sedativă, puţin hipnotică, produc miorelaxare prin efect central (deprimă funcţia circuitelor interneuronale de la nivelul substanţei reticulare). Efectele lor asupra sistemului nervos periferic, în doze terapeutice, sînt minime, motiv pentru care pot fi folosite în afecţiunile cardiorespiratorii. Pot determina o uşoară scădere a tensiunii arteriale, a amplitudinii respiratorii şi o uşoară insuficienţă ventriculară stîngă (la o doză de aproximativ 60 mg). Folosirea cronică a benzodiazepinelor conduce la apariţia toleranţei celulare, determinînd, în final, dependenţa fizică, cu fenomene de sevraj, care apar la aproximativ o săptămînă după încetarea administrării (datorită metaboliţilor activi, care persistă şi au timp de înjumătăţire mare). Absorbţia benzodiazepinelor la nivelul tractului gastrointestinal diferă de la un produs la altul:

- clordiazepoxidul este absorbit lent, timpul de înjumătăţire este de 1—2 zile. Platoul concentraţiei sanguine nu se atinge decît după cîteva zile de tratament. Se metabolizează pe cale hepatică, numai o mică rată nemetabolizată este excretată urinar;
- diazepamul se absoarbe rapid şi atinge concentraţia sanguină de vîrf într-o oră şi jumătate. Timpul de înjumătăţire este de 2—8 zile. 70% este metabolizat hepatic, 25% este convertit în oxazepam;
- oxazepamul atinge concentraţia plasmatică maximă la patru ore după administrare; timpul de înjumătăţire este de 3—21 ore;
- clonazepamul se absoarbe repede şi este metabolizat rapid în metil-diazepam. Excreţia este lentă;
- prazepamul este absorbit lent şi excretat lent;
- lorazepamul este absorbit rapid, concentraţia plasmatică maximă se obţine la două ore, timpul de înjumătăţire este de 18 ore.

Diferenţele de eficacitate clinică între diferitele benzodiazepine sînt destul de mici şi se referă la tipul de acţiune şi la durata în funcţie de care se face alegerea drogului. În doze medii, toate induc somnul, iar în doze mici, au acţiune sedativă şi anxiolitică. În cazul în care se urmăreşte obţinerea inducerii somnului sau liza anxietăţii acute, se recomandă compuşi cu absorbţie rapidă (diazepamul sau clonazepamul). Pentru subiecţii care percep efectele de torpoare ale dozelor unice, se recomandă produşi cu absorbţie lentă (prazepam, oxazepam, temazepam). În funcţie de timpul de înjumătăţire plasmatică, benzodiazepinele sînt:

- cu acţiune prelungită: clordiazepoxid, diazepam, prazepam, clonazepam, flurazepam. Se pot administra în doze zilnice unice. Eliminarea lentă după terminarea tratamentului determină persistenţa efectului;
- compuşi cu acţiune scurtă-intermitentă: oxazepam, lorazepam, temazepam, triazolam.

Reacţii adverse: toate produc scăderea performanţelor psihomotorii, senzoriale şi cognitive, mai ales la bătrîni. Pot determina reacţii paradoxale, cu anxietate, nelinişte psihomotorie, excitaţie, accentuarea ostilităţii şi agresivităţii. Erupţiile cutanate, greaţa, leucopenia, disfuncţiile hepatice sînt rare. Dată fiind diferenţa mare dintre doza terapeutică şi doza toxică, supradozajul determină intoxicaţii puţin severe, al căror tratament este numai de susţinere a funcţiilor vitale.

Administrarea benzodiazepinelor împreună cu alte droguri depresoare ale sistemului nervos central determină o acţiune cumulativă, pentru evitarea căreia dozele trebuie reduse în funcţie de asocierea care se face. Contraindicaţiile benzodiazepinelor: hipersensibilitate la drog, vîrsta sub şase ani, glaucom, miastenie, insuficienţă respiratorie. Trebuie evitată folosirea benzodiazepinelor la subiecţii care desfăşoară activităţi necesitînd o perfectă

coordonare motorie și o vigilență crescută. Principalii produși sint (DCI) : Clordiazepoxid, Clorazepate, Lorazepam, Medazepam, Oxazepam, Prazepam, Bromazepam, Clonazepam. Tratamentul prelungit cu anxiolitice determină dependență și tulburări de sevraj, astfel incit folosirea lui trebuie făcută pe perioade scurte de timp, paralel cu tratamentul necesar înlăturării cauzelor care generează anxietatea. Inițierea, ca și intreruperea tratamentului vor fi progresive. Asocierea cu alte medicamente trebuie făcută cu prudență, intrucit este cunoscută interacțiunea dintre anxiolitice și antidepresive, precum și cea cu anticoagulante și atropinice ; in ceea ce privește asocierea cu alcoolul, se realizează o potențare reciprocă.

911. **ANXIOS**(D) *delir* ● Termen folosit de unii autori pentru a se referi indeosebi la fondul clinic pe care se poate dezvolta un delir micromanic sau paranoic — termenul este insă puțin utilizat. Nu se poate preciza dacă starea de anxietate este cauza sau efectul producției delirante. În unele stări de delirium, producția onirică poate provoca subiectului o vie anxietate.

912. **ANXIOS** — *tip de personalitate* ● Persoană cu prag scăzut de declanșare a anxietății, care antrenează tendința obișnuită de a reacționa prin anxietate (ca trăire electivă față de situațiile cotidiene). Totuși acest tip de personalitate accentuată poate să nu ajungă niciodată la trăirea unui episod patologic anxios. Mecanismele de apărare împotriva anxietății ale anxiosului sint (după LADER) : psihologice (negarea, represiunea, formația reacțională, proiecția și regresia), comportamentale (solicitarea de a fi liniștit de către anturaj, angajarea in activități distractive, deprinderi in care oralitatea are un rol major : fumatul, mestecatul gumei, alcoolofilie, consumul de droguri) și dezangajare (reverii, somn prelungit). Această trăsătură de personalitate se poate intilni în cadrul unor dizarmonii de personalitate de tip psihastenic, border-line.

913. **ANXITOL**(M) Danemarca — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil--1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică, avind o singură contraindicație : miastenia.

914. **ANXIUM**(M) Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de DIAZEPAM(M).

915. **ANXON**(M) Anglia — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-/1,3/-oxazin/3,2-'d//1,4/benzodiazepin-4,7(6H)-dionă, cu acțiune puternic anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină, copiilor și virstnicilor.

916. **ANZEPAM**(M) R.F.G. ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M), România.

917. **AOLEPT**(M) R.F.G. — DCI *Periciazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/3-(4-dihidroxipiperidino)propil/fenotiazină-2-carbonitril ; cu o bună toleranță. Indicat in : tulburări comportamentale ale adolescenților, virstnicilor, tratamentul de intreținere al psihozelor cronice și în combaterea algiilor de origine centrală.

918. **APACIL**(M) Portugalia — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat in nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, *delirium tremens*, unele forme de epilepsie, *petit mal*, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se intrerupe brusc, putindu-se produce un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

919. **APALIC**(S) *sindrom* (cf. gr. *apalia* „slăbiciune, moleșeală") ● Sindrom intilnit in traumatismele craniocerebrale grave, descris de către KRETSCHMER in 1940, ca o alterare permanentă de conștiință, în care perioadele de veghe alternează cu lungi perioade de somn. Subiectul ține ochii deschiși, fără să urmărească cu privirea și fără să clipească, nu are reacții emoționale și nu răspunde la stimulii obișnuiți din mediu. Reactivitatea motorie este primitivă, stereotipă — reflex de sugere, reflexul buldogului (ARSENI și DĂNĂILĂ), reflex de prehensiune, reflexul Marinescu-Radovici ; tulburările vegetative se pot asocia cu sindroame extrapiramidale și sfincteriene. Leziunile difuze, multiple și variate interesează cortexul și nucleii bazali. Se mai poate intilni in arterioscleroza cerebrală și lues. Formele atipice se incadrează in sindromul dispalic.

Scanned with OKEN Scanner

920. **APARAT PSIHIC** ● Termen, care după LAPLANCHE și PONTALIS, subliniază cîteva caractere atribuite psihismului de teoria freudiană — dintre care se impun capacitatea de a transmite și transforma o energie determinată și diferențierea ei în sistem și instanțe.

Prima teorie în legătură cu aparatul psihic apare în lucrarea lui FREUD „Interpretarea viselor" (1906), în lumina căreia aparatul psihic se compune din două sisteme : Inconștientul și conștientul, între care este situată Cenzura. Conform acestei teorii, sistemul incoștient este sediul pulsiunilor înnăscute, al dorințelor și amintirilor refulate. Dominate de principiul plăcerii, procesele primare se caracterizează printr-o energie liberă, care se condensează, tinde spre descărcare, fără raportarea la norme, rațiune, realitate. Sistemul conștient, caracterizat prin procesele secundare reglate de principiul realității, cuprinde operațiile mintale, achizițiile învățării. Energia proceselor secundare este „legată", iar operațiile caracteristice sînt inhibiția pulsiunii, adaptarea descărcării și adaptarea la realitate. Trecerea de la Inconștient în conștient este reglată de Cenzură, a cărei existență este motivată de conflictul dintre tendințele acceptate și cele refulate de subiect (deci judecate ca inacceptabile).

Între 1910—1920, pornind de la mecanismele de apărare ale Eului, prima teorie a aparatului psihic se dovedește insuficientă teoretic și practic. În lucrarea sa „Eul și Sinele" (1923) FREUD expune a doua teorie a aparatului psihic, care constă în distincția a trei sisteme sau instanțe ale personalității : Sine, Eu, Supraeu. Sinele se compune din pulsiuni înnăscute și dorințe refulate. Procesele primare sînt supuse principiului plăcerii și nu cunosc timpul, relațiile cauzale și logice. Eul se dezvoltă ca diferențiere a aparatului psihic în contact cu realitatea exterioară. Dominată de principiul realității, activitatea Eului este conștientă (percepție externă, internă, procese intelectuale), preconștientă și inconștientă (mecanisme de apărare). Supraeul ia naștere din modificarea Eului prin interiorizarea forțelor represive și a normelor exterioare și își manifestă activitatea prin emoții și sentimente, ținînd de conștiința morală → SINE, EU, SUPRAEU, MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI.

921. **APARENȚA** (cf. lat. *apparere* „a apare") ● Modul în care sînt reflectate obiectele și procesele în contactul senzorial-perceptiv nemijlocit ; imaginea sensibilă a lucrurilor. Cunoaștere superficială a „exteriorității" obiectului, aparența constituie adesea o reflectare deformată, inautentică a esenței, o sursă de iluzii și false certitudini empirice (de exemplu, mișcarea vizibilă a corpurilor cerești, apropierea șinelor de cale ferată etc.). Cu toate acestea, aparența nu este întotdeauna și întrutotul înșelătoare, ci poartă în sine și informații valabile, întrucît este un mod de manifestare a esenței în sfera sensibilității. Supusă reflecției critice, aparența se dovedește întotdeauna simptomatică, trădînd anumite proprietăți reale și definitorii ale obiectului reflectat.

922. **APAREUNIE** (cf. gr. *a-*; *para* „alături" ; *eyne* „pat") ● Imposibilitatea realizării complete a activității copulatorii (coitul). Dintre factorii congenitali sau dobîndiți care generează această tulburare sexuală la femei, amintim : himenul imperforat, absența congenitală a vaginului, septurile vaginale congenitale, stenozele genitale dobîndite în cursul vieții sexuale, vaginismul → DISPAREUNIE.

923. **APARKAZIN**(M) Ungaria — DCI *Diethazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și al bolilor psihosomatice.

924. **APARNETIC**(S) — *sindrom* (cf. gr. *aparnesis* „tăgăduire") ● În 1934, A. GILLES descrie la bolnavii de tuberculoză o serie de manifestări psihice de intensitate redusă, ce pot îmbrăca forma unei ușoare excitații hipomaniacale, cu instabilitate, acte contradictorii, care ascund o atitudine de refuz față de boală, de tratament și de condiția de bolnav.

925. **APASCIL**(M) Mexic — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Se poate folosi și în alcoolismul acut în care nu are efectul hipotensor al butirofenonelor sedative. Intoxicațiile accidentale se produc la doze de 4—6 gr și sînt grevate de riscul insuficienței circulatorii acute. În aceste cazuri tratamentul este diureza osmotică și epurarea extrarenală. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

926. **APATIE** (cf. gr. *apatheia* „insensibilitate", indiferență) ● Literal, termenul denumește atitudinea indiferentă față de viață și

Scanned with OKEN Scanner

lumea înconjurătoare. Etica stoică înțelege prin apatie starea celui ce și-a înăbușit pasiunile (ZENON), iar scepticul PYRTON susține că apatia este începutul înțelepciunii. Psihologia și psihiatria o definesc ca fiind o modificare a fondului dispoziției timice, caracterizată prin pierderea rezonanței afective, cu lipsa răspunsului la stimulii psihici obișnuiți, apărînd ca o inerție psihică, dezinteres pentru ambianță și propria persoană. Apare, în grade diferite, în următoarele circumstanțe :

- Apatia constituțională, ce caracterizează indivizii care, prin însăși natura lor, sînt indolenți, indiferenți, nepăsători. Dacă acest fel de a fi se asociază cu debilitatea mintală, se realizează tipul de „debil apatic".
- În perioada crizei adolescenței, apatia poate apărea însoțind cortegiul simptomatic al lentorii psihomotorii, cu diminuarea energiei pulsionale, mutism, psivitate, neîncredere în sine.
- Apatia ca epifenomen poate apărea în insuficiența tiroidiană, hipofizară și corticosuprarenală.
- Apatia apărută în contextul diminuării funcțiilor psihice poate marca debutul stărilor confuzionale de etiologie infecțioasă (febra tifoidă) sau toxică (alcool, oxid de carbon). Apatia dispare lent, putînd persista și în stadiul sechelar.
- Apatia instalată lent în perioada postcomoțională. Persistența ei impune investigații pentru a se stabili dacă există sau nu și o diminuare a funcțiilor intelectuale.
- Apatia prezentă în contextul tuburărilor psihice din hipertensiunea intracraniană, apărută în urma dezvoltării lente a tumorilor și hematoamelor intracraniene.
- Stările deficitare juvenile, în special demența precoce de tip Morel și stupoarea catatonică, conțin apatia, drept element caracteristic. În schizofrenie, ea este determinată de detașarea subiectului de ambianță și retragerea într-o lume proprie. După KRAEPELIN, pe parcursul acestor afecțiuni se constată mai degrabă o sărăcire afectivă.
- Demențele organice — paralizia generală progresivă, arterioscleroza cerebrală — au o componentă de indiferență afectivă, care progresiv devine globală, apărînd chiar în formele simple ale acestor stări deficitare (demențele apatice) și fiind uneori camuflate prin supraviețuirea unor automatisme comportamentale, ca afectarea lacrimogenă sau ilaritatea subită.
- Apatia ca simptom fidel al depresiei psihotice, cu debut la involuție — melancolia rigidificată descrisă de MEDOW — alături de inerție, bradipsihie, amimie și mutism.
- Pasager, apatia poate apărea în perioada ulterioară unei cure neuroleptice prelungite. În fine, MINKOWSKI descrie o formă aparte de apatie, care apare la prizonierii de război sau la deportații întorși acasă după mai mulți ani de captivitate.

Ameliorarea apatiei apare în urma tratamentului cauzal. Tratamentul simptomatic al apatiei este bazat pe psihotone și tonice generale. Electroșocul poate rezolva uneori rapid și spectacular atît apatia, cît și cortegiul simptomatic care o insoțește.

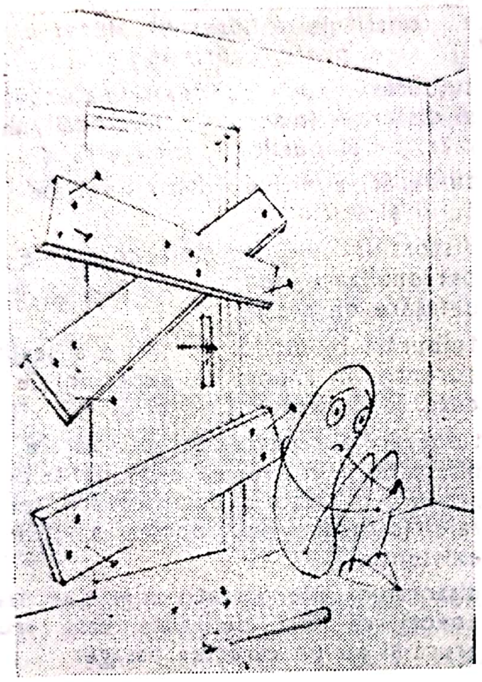
927. **APATIC** — *tip* (fr. *apathique*) ● În clasificarea lui HEYMANS și WIERSMA (tipologia psihofiziologică), apaticul este tipul non-Emotiv, non-Activ, Secundar, prezentînd următoarele caracteristici : orientarea spre închidere în sine, dar fără viață interioară bogată, dispoziție sumbră, păstrarea habitudinilor, tenacitate în conflict, dar neexprimată verbal, dificultate în a reconcilia un conflict, atracție pentru singurătate cu respingerea vieții sociale și a relațiilor de grup ; apaticii sînt indiferenți, închiși, inactivi, reacționează lent, sînt taciturni.

928. **APATO-AKINETO-ABULIC**(S) *sindrom* sin.
→ KLEIST(S) sindrom.

929. **APAURIN**(M) Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

930. **APĂRARE** (cf. lat. *apparare* „a pregăti, a dispune") ● Totalitatea operațiilor avînd ca finalitate reducerea sau suprimarea acelor factori interni sau externi care pun în pericol integritatea bio- psiho-socială a individului, homeostazia acestuia. Psihanaliza a preluat acest concept biologic privitor la adaptativitatea organismului pentru păstrarea și conservarea integrității sale, dezvoltîndu-l în legătură cu Eul văzut ca instanță investită cu capacitatea reglatorie și autoreglatorie, cu funcție antientropică. Eul, în această viziune, menține adaptarea optimă a persoanei în realitatea lui

înconjurătoare. Termenul a fost folosit pentru prima oară în acest context de FREUD, în lucrarea sa „Psihonevrozele de apărare" (1894), cu sensul de revoltă a Eului împotriva reprezentărilor și afectelor neplăcute, chiar insuportabile (acest sens va fi abandonat de autor, care va înlocui termenul cu cel de refulare). În lucrarea sa din 1926 („Hemmungssymptom und Angst"), FREUD consideră apărarea ca desemnînd „toate procedeele de care se servește Eul în conflictele susceptibile de a conduce la o nevroză", distingînd-o clar de refulare, considerată doar „un mod bine determinat particular, de adaptare". În afara refulării, sînt descrise o serie de mecanisme de apărare care au fost sistematizate de Anna FREUD astfel: regresiunea, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, proiecția, introjecția, întoarcerea către sine, transformarea în contrariu, sublimarea, schimbarea scopului instinctual. Mecanismele de apărare își modifică direct atît intensitatea, cît și modalitatea de manifestare, în raport cu amenințările, permițînd Eului să joace rolul unui mediator activ. Exagerarea mecanismelor de apărare poate duce însă la perturbarea adaptării și la apariția simptomelor nevrotice. După unii autori, această teorie patogenică este similară cu cea a apariției bolii prin „supraadaptare la stress" (H. SELYE).



Terapia psihanalitică caută mijloacele prin care subiectul a realizat pînă la acel moment un echilibru, rigiditatea apărării ridicînd problema eficacității curei. În timpul curei se urmărește ca subiectul să renunțe la apărare, lucru dificil de realizat, deoarece apărarea are tendința să ia în permanență alt aspect. Psihanaliza merge mai departe, afirmînd că, atunci cînd mecanismele de apărare de tip nevrotic nu mai pot face față amenințărilor distructive la adresa sistemului psihic, Eul face apel la mecanisme de apărare de tip psihotic. Adaptarea se face în acest caz prin: clivaj obiectul și pulsional, refuzul realității, idealizare, reținerea trăirilor afective (M. KLEIN). Acest punct de vedere exagerează rolul pe care-l joacă pishogeneza în apariția fenomenelor psihopatologice, în special de tip psihotic. Dacă perspectiva psihanalitică ar putea avea o oarecare relevanță în ceea ce privește descrierea fenomenului, în privința rolului pe care îl au modificările biochimice, a gravității simptomatologiei, a căilor de abordare terapeutică, ea nu ajunge decît la o minimalizare inoperantă.

931. APĂRARE(D) *delir* ● Delir secundar unui delir de persecuție sau prejudiciu, constituit din amalgamarea tuturor ideilor și *„dovezilor"* care vin să demonstreze fie dreptatea subiectului în cererile lui, fie injustiția care i se face. Uneori, conținutul termenului se poate referi la starea de sănătate mintală pe care subiectul și-o declară ca normală, aducînd tot felul de dovezi ale faptului că *„nu și-a pierdut mințile"*. S-ar putea numi la fel de bine delir de justificare sau explicativ. Are tendință de sistematizare și persistă tot atît cît și delirul primar care l-a declanșat. Se întîlnește atît în schizofrenie, cît și în paranoia.

932. APĂRARE(R) *reflex* ● Tip de reacție a organismului la orice stimulare care depășește pragul superior absolut (funcțional sau specific), pe linia intensității (generînd senzații dureroase), sau care acționează de durată asupra receptorilor senzoriali, conducînd la declanșarea unor transformări cu caracter local, segmentar sau generalizat la nivelul zonei lezate, de natură să restabilească echilibrul morfofuncțional și să diminueze (sau să abolească) acțiunea sistemului nociv. Așadar, specificul reflexului de apărare constă în conservarea structural-funcțională a organismului, prin inhibarea tuturor celorlalte reflexe (în baza legii dominanței și exclusivității) și prin ansamblul actelor de evitare a factorilor nocivi

sau a eventualelor distrugeri. Acțiunea excesivă a mecanismului reflex de apărare determină dezechilibre în adaptarea organismelor la mediu.

933. **APEDINE**(M) Australia — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valențe anorexigene. Utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHOSTIMULENTE.

934. **APEIROFOBIE**(F) (cf. gr. *apeìria* „infinitate" ⁝ *phobos* „frică") ● Teamă excesivă, nejustificată, de infinit (în sensul perspectivei), întîlnită, alături de alte fobii, în nevroza obsesivo-fobică, la personalități psihastenice, în schizofrenie și în sindroamele preinvolutive.

935. **APERCEPȚIE** (cf. lat. *ad* „la" ⁝ *perceptio* „cunoștință") ● Termen introdus, în 1714, de către LEIBNIZ, care încearcă să concilieze pozițiile lui DESCARTES și LOCKE în ceea ce privește felul cum cunoaștem lumea. El susține că spiritul este înzestrat la naștere nu cu cunoaștere, ci cu virtualitatea acestei cunoașteri. Schimbarea de la o percepție la alta se face conform cu un principiu intern. Fiecare percepție conține, în mod obscur, universul, iar principiul intern o face să progreseze de la o percepție confuză, la una mai puțin confuză. KANT operează distincția între conștiința sensibilă, empirică (care însoțește diferitele reprezentări) și conștiința transcendentală, apercepția pură care însoțește înțelegerea. WUNDT (1903) abandonează aceste sensuri filozofice ale apercepției, definind-o ca reprezentare intrată în cîmpul central al privirii (spre deosebire de percepție, care este orice reprezentare intrată în cîmpul intern al privirii). El folosește termenul în psihologia experimentală, măsurînd întinderea, adică numărul de obiecte care pot fi percepute în mod simultan, și durata apercepției. Nu același este sensul dat termenului în descrierea apercepției atematice halucinatorii ⁝ în acest caz, se adoptă sensul propus de HERBART, acela de proces bazal în domeniul acumulării de cunoștințe. Model al percepției, constituit prin acumulările selective succesive, rezultate din experiența anterioară, apercepția permite identificarea unor obiecte sau situații noi. Experiențele prezente sînt comparate cu cele trecute și interpretate în așa fel încît capătă un înțeles personal, „aici și acum", cu relevanță pentru trecutul și viitorul personal. Substratul anatomic pare a fi reprezentat de hipocamp și cortex ⁝ în sprijinul acestei afirmații vine faptul că, în cazul crizelor temporo-limbice, apar tulburări perceptuale sub forma halucinațiilor și tulburărilor aperceptive (iluzii) sau a ambelor. PENFIELD și ROBERTSON descriu un răspuns perceptual și unul aperceptiv la stimularea cortexului temporal. Tulburările aperceptive asociate crizelor temporo-limbice constituie sindromul iluzoriu ictal (BALIS), care poate cuprinde :

- tulburări vizuale : distorsiuni ale spațiului și distanței (macropsii, micropsii, deformări ale planurilor spațiale etc.) ⁝
- tulburări auditive : distorsiuni ale sunetului și vocii ⁝
- distorsiuni ale imaginii corporale (depersonalizare, senzația de plutire sau de detașare de real) ⁝
- tulburări în modul de trăire a realității curente, în raport cu experiențele trecute (derealizare) ⁝
- tulburări ale percepției temporale, manifestate prin trăirea sentimentelor de „ca și cum" sau a dezintegrării temporale (sacadare sau oprire a „filmului existențial") ⁝
- distorsiuni interpretativ-cognitive, trăite uneori ca idei delirante care irump brusc și au un caracter pasager.

936. **APERCEPȚIE AUDITIVĂ CONGENITALĂ**(B) *boală* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LEY(B) boală.

937. **APERCEPTIVE**(H) *halucinații* ● Termen folosit de KAHLBAUM pentru a descrie halucinațiile psihice.

938. **APERSONALIZARE** (cf. *a-* ⁝ fr. *personnaliser* „a întruchipa") ● Termen creat de BINDER (1964) pentru a desemna depersonalizarea nevrotică văzută ca un deficit de responsabilitate matură de a se conduce în viață al subiecților. După M. LĂZĂRESCU (1973) personalizarea s-ar realiza pînă la vîrsta de 25 de ani, vîrstă la care subiectul nevrotic va păstra însă aceeași notă de imaturitate.

939. **APERSONALIZAȚIE** ● Termen acreditat de Ursula ȘCHIOPU pentru a desemna transpunerea trăirilor altora asupra propriei persoane.

940. **APERT**(S) *sindrom* — sin. ACROCEFALOSINDACTILIE ● Boală ereditară cu transmisie autozomală dominantă, reprezentînd, după SMITH (1976), în marea majoritate a cazurilor, o mutație „de novo". Cele două cazuri clasice au fost descrise, în 1904, de WHEATON ⁝ în 1906, APERT a numit acest

sindrom, pe care l-a descris la nouă bolnavi, acrocefalosindactilie.

Întîrzierea mintală, deşi nu absolut obligatorie, este unul dintre semnele constante ale sindromului. La nivelul craniului se observă acrocefalie cu chaniosinostoze neregulate, hipertelorism, strabism, fante palpebrale antimongoliene, insuficienta dezvoltare şi deformări ale piramidei nazale (nas — „cioc de papagal"). Bolta palatină ogivală poate prezenta şi palatoschizis. La nivelul membrelor, se poate nota sindactilia cutanată şi/sau osoasă.

Tratamentul neurochirurgical nu este indicat decît în cazurile cu hipertensiune intracraniană, efectul sinostozei asupra deficitului intelectual fiind discutabil.

Dintre factorii favorizanţi în apariţia cazurilor sporadice se semnalează vîrsta paternă înaintată.

941. **APESAN**(M) Olanda — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamat, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor antidepresivă. Are o bună toleranţă.

942. **APETIT** (cf. lat. *appetitus* „poftă, dorinţă") ● Manifestare cu caracter diurn, ritmic, a instinctului alimentar, a cărui modificare excesivă are, cel mai adesea, o semnificaţie psihiatrică. Obiceiurile alimentare maschează, într-o oarecare măsură, rolul apetitului în comportamentul alimentar, fără însă a putea influenţa întru totul conduita alimentară, subordonată unei complexe reglări, în care cortexul, rinencefalul, substanţa reticulată şi hipotalamusul au funcţie de coordonare. Stimularea metabolică este realizată mai ales prin nivelul glicemiei, cea psihosenzorială pe calea analizatorilor olfactivi, gustativi şi vizuali, unii autori adăugînd şi o stimulare interoceptivă (BERNARD). Tulburările apetitului alimentar însoţesc în mod nuanţat întreaga patologie psihiatrică. Astfel, în depresii, neurastenie, catatonie, psihoze alcoolice se observă o scădere pînă la dipariţie a apetitului, în timp ce anorexia mintală este o circumstanţă particulară a lipsei acestuia. Apetitul poate fi absent şi în unele faze ale demenţei, precum şi în delirul acut (cînd ia aspectul de sitiofobie). O creştere patologică a apetitului, care poate lua chiar forme monstruoase, se înregistrează în manie, unele stări anxioase, în unele faze ale demenţei, întîrzierea mintală, unele schizofrenii (în care ingerarea permanentă de hrană poate lua un aspect stereotip). În cea mai mare parte a cazurilor, obezitatea este considerată o boală psihosomatică, în care creşterea apetitului ar putea fi condiţionată de încercarea subiectului de a-şi învinge unele dificultăţi relaţionale, de a-şi rezolva unele frustrări. Prin accesibilitatea sa, apetitul rămîne un semn direct, legat esenţial atît de nivelul biologic, cît şi de cel psihologic al individului ; el poate fi explorat nemijlocit şi concret, oferind un bun indicator de evoluţie în afecţiunile psihiatrice. Folosirea termenului de apetit în caracterizarea altor comportamente decît cel alimentar, ni se pare o forţare şi o extrapolare vulgară a termenului (apetit sexual, apetit intelectual etc.).

943. **APIFOBIE**(F) (cf. lat. *apis* „albină" ; gr. *phobos* „frică") ● Frică exagerată, nejustificată, de albine ; este una dintre formele rare de fobii, avînd o frecvenţă mult mai redusă decît ceea ce s-ar punea numi „apifilie" ; în genere, ea constituie mai degrabă un punct de interes pentru rubricile de curiozităţi ale diverselor publicaţii decît pentru serviciile de psihiatrie.

944. **APILARNIL**(M) România ● Medicament original românesc, cu acţiune roborantă şi psihotonică, obţinut prin liofilizarea extractului total de larve reproducătoare de albine (Abetis mellifera) şi secreţia liofilizată a acestora, conţinînd o serie de substanţe active de tip hormonal, vitaminic, aminoacizi. Indicat în afecţiuni de tip astenic, tulburări de dinamică sexuală, stări de convalescenţă, insuficienţă hormonală, dermatite atopice.

945. **APILARNIL POTENT**(M) România ● Produs original românesc, cu acţiune psihotonă, constituit dintr-o serie de substanţe considerate ca active în disfuncţiile sexuale masculine. Astfel, produsul conţine Apilarnil, extract deshidratat de ţelină, glicerofosfat de calciu, acid folic, metiltestosteron, papaverină. Se administrează în asteniile sexuale cu origine non-organică, în doze de 3—4 tablete/zi. Este contraindicat la subiecţii cu afecţiuni hipertrofiante ale prostatei, hipertensiune arterială, insuficienţe cardiace şi hepatice grave, ca şi în anemiile severe.

946. **APILARNIL POTENT „Y"**(M) România ● Derivat al Apilarnilului Potent, care conţine în plus alcaloidul natural cu acţiune blocantă asupra receptorilor adrenomimetici — yohimbina. Prin această acţiune, produsul provoacă vasodilataţie în sfera genitală şi creşterea tonusului parasimpatic al erecţiei. Indicaţiile şi posologia sînt asemănătoare cu cele ale produsului de bază. Se recomandă prudenţă deosebită în hipertensiunea arterială,

insuficienţele cardiace, hiperfuncţie cortico-suprarenală.

947. **APILARNIL PROP**(M) România ● Produs original, cu acţiune psihotropă, care conţine, pe lingă principiile active ale Apilarnilului, produsul propolis. Indicaţiile şi posologia în psihiatrie sint aceleaşi.

Toate produsele tip APILARNIL au fost testate în Centrul de Sănătate Mintală Titan Bucureşti, buna lor toleranţă, absenţa efectelor secundare conferindu-le o largă utilizare în afecţiunile menţionate.

948. **APIQUEL**(M) S.U.A. — DCI *Amînorex* ● Psihotrop de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolon, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă, cu efecte simpaticomimetice practic nule.

949. **APIRAN**(M) Coreea — DCI *Proclorperazînă* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-cloro-/3-(4-metil-1-piperazinil) propil/fenotiazină, cu acţiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valenţe antivertiginoase şi antispastice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL(M).

950. **APLACASSE**(M) Argentina — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

951. **APLAKIL**(M) Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4h); acţiunea este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

952. **APLESTIE** (cf. gr. *aplestia* „dorinţă insaţiabilă, insaţiabilitate") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACORIE.

953. **APLICAŢIILE LOGICII** ● Cea mai frecventă este îndrumarea gîndirii spre o dezvoltare corectă, avînd ca rezultat o gîndire clară, precisă, ordonată, necontradictorie, coerentă şi întemeiată. În vederea atingerii acestui deziderat trebuie respectate regulile definirii, clarificării şi argumentării corecte, reguli ce constituie condiţiile obligatorii ale corectitudinii logice. Indivizii sînt dotaţi nativ cu anumite înclinaţii, mai mari sau mai mici, spre o gîndire logică. Formarea acesteia se constituie însă într-un proces mult mai îndelungat şi mai laborios decît formarea limbajului şi este de dorit să înceapă din copilăria timpurie. În situaţia cînd educaţia gîndirii logice începe prea tîrziu, subiectul poate ajunge să cunoască regulile unei astfel de gîndiri, dar nu mai poate dobîndi şi îndemînarea utilizării curente a acestora, demersurile sale logice făcîndu-se cu efort, cu o mare risipă de energie psihică, ceea ce constituie o posibilă sursă de neurastenie. Un subiect cu gîndirea logică pe deplin constituită gîndeşte spontan-logic, are capacitatea de a-şi autocontrola voluntar logica propriei gîndiri şi a informaţiilor primite de la semeni în cursul relaţiilor pe care le stabileşte cu aceştia, favorizîndu-i o adaptare optimă. O altă aplicaţie importantă a logicii se referă la domeniul gîndirii ştiinţifice, care presupune prelucrarea informaţiilor obiective culese din realitate. Gîndirea ştiinţifică este condiţionată nu numai de existenţa unei gîndiri spontan-logice, ci a unei capacităţi de analiză logică conştientă şi de reconstrucţie logică. Riscul la acest nivel este ca gîndirea logică conceptuală să devină o manipulare formalistă a simbolurilor, să fie ruptă de realitate. Acolo unde contradicţia formală ajunge să fie permisă, totul este permis. De aceea, orice contradicţie (dialectică sau formală) trebuie mai întîi să fie gîndită logic, necontradictoriu.

Psihiatrul, ca şi psihologul, cărora prin natura profesiei lor le revine deloc uşoara sarcină de a stabili corectitudinea logică a gîndirii celorlalţi, prezintă o motivaţie în plus de a avea mai întîi ei înşişi o gîndire logică.

954. **APO-CARBAMAZEPINE**(M) Canada — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz-/b, f/azepină--5-carboxamidă, cu acţiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicaţii care decurg din aceste proprietăţi. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (pericolul agranulocitozei). Nu se asociază cu IMAO şi nu se administrează în sarcină.

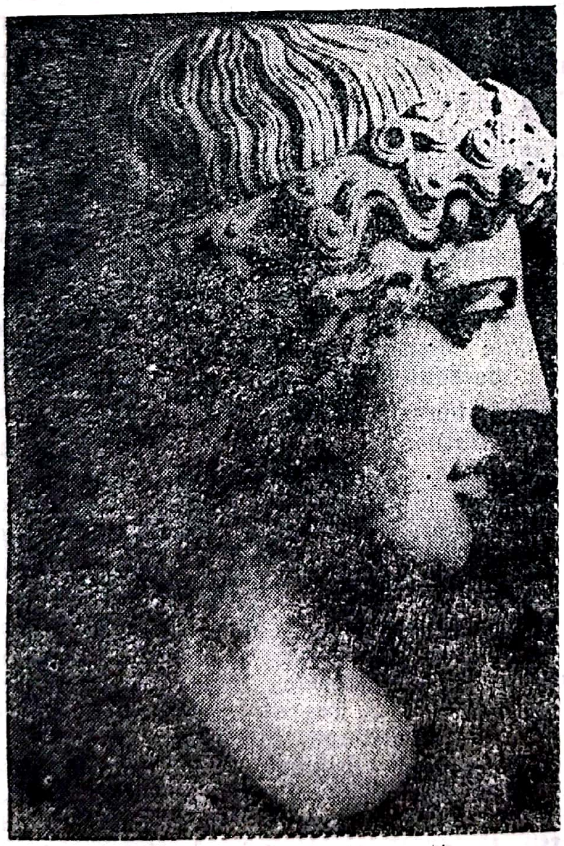
955. **APOCARTERESIS** (cf. gr. *apokarteresis* „sinucidere prin înfometare") ● Act suicidar realizat prin inaniţie. Spre deosebire de raptusul suicidar, care este o manifestare paroxistică autoagresivă, sinuciderea prin înfometare presupune premeditare. Personalităţile de tip isteric duc rareori pînă la capăt această acţiune, spre deosebire de depresivii endogeni, schizofrenii, hipocondriacii deliranţi, care o pot realiza datorită prezenţei delirului.

956. **APODEMIALGIE** (cf. gr. *apodemia* „călătorie în străinătate" ; *algos* „durere") ● Termen desemnînd trăirea dureroasă a tendinței spre vagabondaj, fără ca subiectul cu antecedente de acest fel să mai treacă la act.

957. **APODORM**(M) Danemarca, Norvegia, Suedia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn apropiat de cel fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

958. **APO-HALOPERIDOL**(M) Canada — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic, de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

959. **APOLINIC** (cf. gr. Apollon — zeu al muzicii, artelor și poeziei ; originar, divinitate solară) ● Termen introdus și consacrat în filozofia artei și a culturii de către NIETZSCHE, în lucrarea sa „Nașterea tragediei din spiritul muzicii", 1872. Pus sub semnul lui Apollo, zeul luminii, al armoniei și echilibrului, personificînd rigoarea, ordinea, claritatea gîndirii și seninătatea contemplativă a visului, termenul caracterizează acel registru al creației spirituale ce instaurează măsura în calmă și frumoasă cumpănire, strunind cu hățurile rațiunii pornirile năvalnice ale simțurilor. În opoziție cu apolinicul, dionisiacul reprezintă zonele tenebroase ale vieții sufletești, în care precumpănesc instinctele, pornirile iraționale și tumultul orgiastic al vitalității ce nu cunoaște măsura și ordinea, avîndu-și întruchiparea mitologică în Dyonisos, zeul beției extatice și al delirului mistic. Tensiunea dintre apolinic și dionisiac exprimă, așadar, opoziția dintre principiul formei echilibrate, al măsurii și ordinii, prin care se instituie finitudinea și individuația, pe de o parte, și principiul contrar, al dinamismului amorf, proteic, nesupus ordinii și măsurii, de cealaltă parte. După NIETZSCHE, din contopirea acestor principii opuse a luat naștere cea mai înaltă formă a creației artistice, tragedia greacă, în care delirul dionisiac se sublimează în rigoara contemplației apolinice.



Phidias

960. **APOLLONSET**(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

961. **APOLON**(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

962. **APOMORFINĂ** — *cura de dezgus* ● Medicament prin a cărui administrare, se urmărește elaborarea și fixarea unui reflex condiționat negativ pentru ingestia de alcool. Metoda a fost introdusă de DENT (1930). Administrarea subcutanată de apomorfină în doze fracționate, urmată de ingestia unei mici cantități de alcool, produce vărsături repetate și senzație de disconfort. Metoda este mai puțin utilizată în prezent → CURA DE DEZGUST, DISULFIRAM.

963. **APONAL**(M) Italia, Iugoslavia ; **APONAL FORTE**(M) R.F.G. — DCI *Doxepin* ● Anti-

depresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic, de tip N, N-dimetildibenz/b, e/oxepin-$\Delta^{11(6H)}\gamma$-propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, ceea ce face pe unii autori să-l aprecieze drept un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN(M).

964. **APONEURON**(M) R.D.G. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat fenil-etilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine : noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central, și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia, poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

965. **APO-OXAZEPAM**(M) Canada — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină. Are acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4h) ; acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

966. **APO-PERAM**(MC) Canada ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- AMITRIPTILINE(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PERFENAZINE(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

967. **APOPLEXIE** (cf. gr., lat. *apoplexia*) ● Pierdere totală și brutală a conștiinței, datorită unor leziuni vasculare cerebrale, ischemice, hemoragice sau mixte, determinate de afectarea primară sau secundară a unuia sau a mai multor vase. În prezent, termenul tinde să cadă în desuetitudine, fiind înlocuit cu cel de ictus. Singura situație în care termenul de apoplexie își păstrează actualitatea este cea a accidentului ischemic tranzitoriu. Procesul primar include leziuni congenitale sau dobîndite ale pereților vasculari, cu modificări de structură sau lumen, ocluzii prin tromboze sau embolii, rupturi sau alterarea permeabilității peretelui. Procesul secundar se realizează în cadrul unor boli generale (embolii cardiace, modificări ale tensiunii arteriale, vasculite sistemice etc.).

Clasificarea adoptată de OMS se referă sintetic la :

- Ischemia cerebrală :
  - forma acută cu manifestări localizate : accidentul (atacul) ischemic tranzitor, constituit, în evoluție, sechelar ;
  - forme clinice cu manifestări difuze și cronice : arterioscleroză cerebrală, encefalopatia hipertensivă, encefalopatia dismetabolică, cu răsunet asupra metabolismului energetic, encefalopatia portală, diabetică.
- Hemoragii intracraniene :
  - hemoragia cerebrală ;
  - hemoragia subarahnoidiană ;
  - hematoamele intracraniene : hematomul extradural, sub- și intradural, intracerebral.

Redăm succint simptomatologia ictusului, încercînd să reliefăm și repere de diagnostic diferențial în hemoragia și ischemia cerebrală :

Simptomatologia psihică în tulburările circulatorii de focar include :

- comă în grade diferite, după severitatea lezării sistemului reticular ascendent ;
- sindroame diskinetice, cu excitație psihomotorie, mutism akinetic, stări cataleptice, în leziuni ce afectează trunchiul cerebral ;
- sindroame demențiale cu tulburări amnestice, în leziunile hipocampice. Sindroamele demențiale postictale au aspectul demenței arteriosclerotice ;
- tulburări de afectivitate, mai ales la vîrstnici, la care accidentul vascular apare pe fondul unei modificări vasculare difuze. Apar modificări ale personalității subiectului, determinate de invaliditatea produsă prin accident și de teama ca acesta să nu se repete.

Tulburările psihice după hemoragii sau tromboze au o tendință mai puternică de permanentizare, iar cele secundare emboliilor sînt, în genere, regresive. Stări cataleptice, delir, halucinații apar în trombozele sinusului sagital superior. Angioamele produc sindroame pseudodemențiale, cu sau fără crize epileptice și modificări psihice caracteristice comițialității în care uneori primul simptom este ictusul. Anevrismele cerebrale, prin repetare,

Scanned with OKEN Scanner

Tabel nr. XXIII

	Hemoragie	Ischemie
Debut	• precedat de cefalee puternică • comă brutală de la început • mai frecvent în cursul zilei	• ictusuri anterioare • tulburări de conştiinţă, se instalează treptat ş comă superficială tranzitorie • mai frecvent în cursul nopţii
Bradicardie	+	—
Midriază ipsilaterală	+	—
Semne meningeale	+	—
Contractura musculară precoce	+	—
Babinski bilateral pozitiv	++	+
Semne de inundaţie ventriculară	+	—
Hipertermie centrală	+	—
Lichid cefalorahidian	prezenţa elementelor sanguine	—
EEG	modificări extinse difuze	modificări limitate

produc ictus ş postoperator, sechelele pot merge pînă la pseudodemenţă. Intensitatea tulburărilor psihice în anevrismele cerebrale depinde de sediul leziunii, de durata spasmului arterial şi de gradul de arterioscleroză concomitentă.

968. APOPLON(M) Japonia — DCI *Reserpină* • Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

969. APO-PROPRANOLOL(M) Canada — DCI *Propranolol* • Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, cu valenţe psihostimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

970. APORECIN(M) Japonia — DCI *Rescinnamînă* • Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ş este un marcat hipotensor.

971. APORIE (cf. gr. *aporia* „dificultate, nesiguranţă") • Problemă greu sau imposibil de soluţionat, impas al raţiunii, condamnate să ezite perpetuu în faţa unor soluţii alternative, fără un criteriu valabil de decizie. Au devenit celebre aporiile lui ZENON ş absolutizînd dicontinuitatea mişcării, filozoful eleat a fost logic constrins să declare fenomenul deplasării în spaţiu drept o aberaţie de neconceput, aparenţă înşelătoare a simţurilor. De fapt, ZENON a sesizat incapacitatea de reprezentare a infinitului mare sau mic. Aporiile rămîn în istoria filozofiei, ca şi a spiritului uman, drept culmi ale capacităţii minţii omeneşti de a se autoanaliza prin analiza realului.
Aforistic s-ar putea spune că, pentru nevrotic, problematica existenţială este o aporie, pentru dizarmonic, orice problemă se transformă în aporie, iar pentru psihotic, orice rezolvare întîmpină dificultăţile unei aporii.

972. APOSTEME (cf. gr. *apostema* „abces") • Grupă de boli care provoacă tulburări mintale (frenezie sau letargie) prin inflamarea unei părţi a creierului (substanţă sau membrană) ş a fost descrisă ca atare de AVICENA, în lucrarea sa „Canon", cap. III. Asimilarea contemporană a apostemelor cu meningoencefalitele pledează încă o dată pentru extraordinarul simţ clinic al medicului arab.

973. A. POSTERIORI (expresie latină cu semnificaţia „din ceea ce urmează") ● Termen utilizat de KANT pentru a desemna cunoştinţele provenite din experienţă (în opoziţie cu cunoştinţele „a priori", independente de experienţă), şi prin aceasta singurele care ar face posibilă cunoaşterea autentică → A PRIORI.

974. APOSTIE (cf. gr. *apo* „din" ; *sitos* „aliment") ● Senzaţie de dezgust marcat faţă de hrană, generînd o repulsie care se produce chiar la reprezentarea mintală a alimentelor.

975. APOTEMNOFILIE (cf. gr. *apotemnein* „a tăia" ; *philia* „prietenie, afecţiune") — sin. PARAFILIA AMPUTATORIE ● Parafilie rară, dar extrem de periculoasă pentru partenerul sexual, avînd drept consecinţă amputarea unei părţi a piciorului acestuia, în circumstanţe legate de obţinerea plăcerii sexuale. Se notează uneori şi compulsiunea subiectului parafilic spre auto-amputarea unui membru. Explicaţiile psihanalitice ale acestei parafilii sînt confuze, ele părînd mai degrabă legate de simbolistica schizofrenă.

976. APOTERIN(M) Japonia ● Neuroleptic sedativ — derivat alcaloid de Rauwolfia → sin. APORECIN(M).

977. A-POXIDE(M) S.U.A. — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M)

978. APOZEPAM(M) Suedia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

979. APPETITZÜGLER(M) Elveţia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (±)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezităţii, consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenţei → PSIHOSTIMULENTE.

980. APRACTOFAGIE (cf. gr. *apraktos* „fără rezultat, zadarnic" ; *phagein* „a înghiţi") ● Apraxia deglutiţiei → sin. AFAGOPRAXIE.

981. APRACTOGNOZIE GEOMETRICĂ (cf. gr. *apraktos* ; *gnosis* „cunoaştere") — sin. APRACTOGNOZIA LHÉRMITTE ● Formă particulară constînd din asocierea agnoziei vizuale cu tulburări de recunoaştere şi orientare în spaţiu a figurilor geometrice. Este considerată drept expresie a leziunilor, bilaterale sau unilaterale, stîngi, de lob occipital.

982. APRAGMATISM (cf. gr. *a-* ; *pragma* „acţiune, activitate") ● Tulburare a activităţii voluntare, constînd în diminuarea pînă la dispariţie a capacităţii de a întreprinde o acţiune coerentă, eficientă şi în conformitate cu scopul propus. Imposibilitatea de a acţiona coerent, incapacitatea de a duce la bun sfîrşit acte elementare pe care le reclamă existenţa zilnică reflectă, pe plan pragmatic, un deficit valoric, în sens calitativ şi cantitativ. În sfera personalităţii, apragmatismul semnifică un dezinteres total pentru relaţii sexuale. Este necesar să fie diferenţiat de : lentoarea psihomotorie din depresia majoră, deficitul motor consecutiv leziunii organice şi de perturbarea funcţiilor de conceptualizare a actului. Se întîlneşte atît în cazul structurilor dizarmonice de tip psihastenic, ca urmare a îndoielii şi nehotărîrii permanente în alegerea soluţiei, reprezentate permanent de ipoteze contradictorii, ceea ce determină perturbarea activităţii motorii, cît şi în schizofrenie, ca urmare directă a disociaţiei intrapsihice caracteristice, sau în formele de debut ale demenţelor.

983. APRAXIE (cf. gr. *a-* ; *praxis* „acţiune, act, activitate") ● Imposibilitatea de a executa acte motorii simple sau complexe în vederea atingerii unui scop, în condiţiile : existenţei unei experienţe ; absenţei atît a deficitului motor sau senzitiv, cît şi a actelor involuntare, care să paraziteze mişcarea. Activitatea, mişcarea (praxiile) sînt acte complexe realizate prin funcţia de integrare corticală. Ar putea fi împărţite schematic în : motorii (cele care cuprind gesturi simple — mişcări de imitare) şi ideo-motorii (cele ce cuprind acte motorii mai complexe, dispuse într-o anumită suită). Un act complex poate fi pierdut în totalitate sau numai parţial (segmente ale sale), dar este necesar să se ţină seama de eventualitatea reminiscenţei unor automatisme, care pot masca o bună perioadă de timp o apraxie. Examenul clinic va căuta să evidenţieze imposibilitatea efectuării unui act motor şi, în general, este mai laborios decît pare la prima vedere.

Considerate tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii, care la rîndul lor diferă prin complexitate şi localizare, apraxiile

pot fi grupate în trei clase principale : globale, specifice unei funcții, localizate (VOICULESCU). Vom prezenta apraxiile după următoarea schemă de clasificare :

● *Apraxia ideatorie* : lipsa planului general de execuție a unui act complex, cu păstrarea capacității de a executa actele simple care il compun. Nu se mai poate realiza suita deși semnificația este cunoscută ; subiectul dă impresia unui „om distrat".

● *Apraxia motorie* : poate fi impărțită in :

- apraxia ideo-motorie, tradusă printr-o tulburare a mișcării in sensul de a nu se putea executa acte complexe la comandă (intoarcerea ceasului, incheierea nasturilor unei haine), subiectul executind mișcări inutile, nesigure, repetate ; subiectul oferă imaginea unui ataxic, deoarece automatismele sint păstrate, actele putind fi executate automat in timpul activității curente ;
- apraxie melokinetică, acceptată mai mult ca o limitare a spontaneității motorii ; este greu de diferențiat de apraxia ideo-motorie.

● *Apraxia constructivă sau optică* : defect în construcția formelor geometrice, ca și al armoniei scrisului, desenului, al relației dintre elemente și spațiu (așezare in pagină, spațiul dintre litere sau cuvinte), în genere, nerespectarea elementelor spațiale.

Apraxiile sint intilnite în psihiatria organică, în demențe presenile, boala Pick, Alzheimer și au valoare în asociere cu alte elemente clinice.

984. APRAXIE BIMANUALĂ BROWN ● Descrisă relativ recent (1972), se referă la dificultăți în realizarea unor activități în care este solicitată participarea ambelor miini. Activitatea separată a fiecărei miini nu pare să fie afectată. Cauza acestei apraxii nu este încă definitiv elucidată.

985. APRAXIE (DE) ÎMBRĂCARE ● Tip de apraxie descris de BRAIN, în 1941 (deși, cu 20 de ani înainte, P. MARIE și colaboratorii o descriseseră în cadrul planotopokineziei). Este caracterizată prin dificultatea sau chiar imposibilitatea subiectului de a-și pune corect veșmintele pe corp. HECAEN și AJURIAGUERRA opiniază că este vorba despre o leziune retrorolandică dreaptă.

986. APRAXIE (A) MERSULUI GERSTMAN — sin. BLOCQ[B] boala $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ASTAZO-ABAZIE.

987. APRECIERE (cf. fr. *apprécier*) ● Atitudine de receptare, omologare și ierarhizare a unei persoane, fapte, situații, etape, în funcție de unul sau mai mulți parametri, raportați la principii, idealuri, criterii, istoricește și socialmente constituite, depinzind de poziția, interesele și aspirațiile grupului social reprezentat de persoana care face aprecierea. Aprecierea este obiectiv condiționată de contextul socio-istoric, de cimpul ideologic în care se produce și își găsește expresia adecvată în judecățile de valoare și de gust. În fond, prin apreciere se realizează compararea atributelor unei persoane sau ale unui eveniment cu ale altor persoane/evenimente, ceea ce permite o asimilare/identificare cu compararea statistico-matematică, în care se analizează atributele unei variante în raport cu o altă variantă sau cu restul variantelor. Singura deosebire — este drept, cu consecințe — o constituie faptul că, în cazul comparării matematice, variantele sînt neutre, pe cind în cazul aprecierii, una dintre variantele cu care se realizează comparația este cea a subiectului care efectuează aprecierea, el raportind celelalte persoane la propria sa persoană, iar evenimentele și faptele la felul cum ar fi procedat dacă ar fi fost direct implicat. Situația este susceptibilă să genereze o îndepărtare mai mare sau mai mică de obiectiv.

● *Autoaprecierea* se referă la atitudinea de apreciere a propriei persoane, apreciere care este făcută în funcție de imaginea despre sine pe care subiectul o are, raportată la grupul social din care face parte, la idealurile și aspirațiile proprii, integrate (sau nu) în contextul socio-istoric pe care il trăiește. Ca judecată de valoare, autoaprecierea apare deci ca o încercare de omologare și ierarhizare cit mai corectă a propriei persoane în contextul unei adaptări sociale armonioase. Ea depinde de numeroși factori, care, la rindul lor, pot constitui surse de eroare :

- imaginea despre sine a subiectului ;
- idealurile și aspirațiile proprii ;
- gradul de integrare in grup in raport cu condițiile social-istorice date ;
- tipul de personalitate al subiectului ;
- motivele, scopul și momentul în care se efectuează ;
- nivelul de informare și experiență e subiectului ;
- posibilitatea efectuării unor raționamente greșite.

În aceste condiții, este dificil — fără a exclude posibilitatea, cel puțin matematică — să se ajungă la obținerea unei autoaprecieri obiective. Enunțăm citeva distorsiuni ale re-

zultatului final, ţinînd seama numai de unul dintre parametrii enumeraţi (personalitatea).

Autoaprecierea capătă un caracter de autolaudă, de exagerare a pozitivului, la personalităţi care îşi arogă valenţe, aptitudini, talente, inteligenţă deosebită pe care, deşi nu le posedă, le doresc recunoscute, ca de exemplu, personalităţile paranoice, histrionice, hipertime pozitive. Evident, forma şi conţinutul demonstraţiei vor fi proprii fiecăreia: în timp ce paranoicul va începe şi va duce o luptă acerbă pentru a i se recunoaşte calităţile deosebite, devenind un aprig acuzator al celor ce nu i le recunosc, histrionicul va încerca să demonstreze într-un mod teatral, bombastic şi artificial (dar pe care el îl consideră atrăgător) că are calităţi pentru care merită o afecţiune şi o stimă deosebite; pentru hipertimul pozitiv, autolauda nu constituie nici luptă şi nici demonstraţie, dată fiind superficialitatea lui, iar aprecierea din partea celorlalţi este privită ca un lucru natural, de la sine înţeles. La polul opus se situează autoaprecierea negativă, care merge pînă la depreciere, la personalităţile ce îşi neagă propriile valenţe şi aptitudini, din cauza lipsei de încredere în sine, conducînd spre lipsa de încredere în tot şi în toate, conturînd o incapacitate de luptă permanentă sau de moment, de adaptare armonioasă. Acesta este cazul personalităţilor depresive şi de tip psihastenic.

988. **APREHENSIUNE** (fr. *appréhension* „teamă vagă"; cf. lat. *apprehendere* „a apuca, a cuprinde") ● Stare afectivă de tipul anxietăţii, de care diferă nu atît prin intensitate, cît prin circumscrierea precisă şi prezenţa în situaţii bine determinate de expectanţă, ambiguitate, inedit, iminenţa unui pericol.

989. **A PRIORI** (expresie latină cu semnificaţia „din ceea ce precedă") ● Termen utilizat de KANT pentru desemnarea anumitor forme ale cunoaşterii (numite de el — apriorice) ce sînt indepedente de experienţă — nu decurg din aceasta, dar o pot condiţiona. Nu este lipsit de interes psihiatric nici caracterul aprioric pe care KANT îl atribuie timpului, spaţiului şi cauzalităţii.

990. **APRIORISM** (cf. *a priori*) ● Concepţie gnoseologică idealistă, avîndu-l ca reprezentant clasic pe KANT, axată pe ideea că ansamblul cunoştinţelor dobîndite prin experienţă se fundamentează pe anumite idei care precedă şi fac posibilă experienţa. Deşi conduce la agnosticism, apriorismul are meritul de a fi sesizat şi formulat ca problemă rolul activ, constructiv, al subiectului în cunoaştere, depăşind opoziţia dintre gnoseologiile contemplativiste — empirismul şi raţionalismul modern.

991. **APROBAL**[M] Japonia — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(izopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicină psihosomatică. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

992. **APROBATIVITATE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MONNEROT-DUMAINE[S] sindrom.

993. **APROSEXIE** (cf. gr. *aprosexia* „neatenţie, neglijenţă") ● Lipsa atenţiei voluntare şi deci a capacităţii de dirijare a activităţii psihice, atrăgînd după sine deficienţe în gîndire, memorie, afectivitate, scăderea globală a orientării. A fost descrisă de CHAVIGNY ca sechelă postconfuzională la răniţi, în timpul primului război mondial. Trebuie diferenţiată de hipoprosexie care semnifică o diminrare în diferite grade a atenţiei (în surmenaj, stări anxioase, depresie, stări defectuale, deteriorative). În prezent, termenul este folosit numai pentru cazul în care subiectul cu această gravă tulburare este lucid, nu prezintă modificări cantitative ale stării de conştiinţă. Astfel, aprosexia se întîlneşte în idioţie, imbecilitate, stări demenţiale avansate. În depresia melancoliformă, aprosexia apare ca o retragere a subiectului în propria sa durere morală, cu detaşarea de ambianţă. Abolirea completă a atenţiei voluntare, însoţită de o mare instabilitate a atenţiei spontane, apare în manie. Pe acest fond, se pot produce falsele recunoaşteri. În schizofrenie, atenţia voluntară este aproape nulă, iar atenţia spontană restrînsă la evenimente care au strictă referinţă la instinctele elementare. De multe ori, însă, poate fi vorba de o aprosexie mai mult aparentă decît reală. P. JANET descrie o diminuare a atenţiei voluntare la personalităţile psihastenice. Alteori, aprosexia poate masca o formă discretă de afazie, apraxie sau agnozie la debut.

994. **APROZODIE** (cf. gr. *a-*; lat. *prosodia* „accent") ● Termen introdus de MONRAD-KROHN pentru a desemna alterarea profundă a melodicităţii vorbirii, care, lipsită de inflexiunile şi intonaţiile sale normale, capătă un caracter uniform şi monoton; se întîlneşte în boala Parkinson, sindromul parkinsonian, în schizofrenie, epilepsie şi intoxicaţii cronice cu depresoare ale sistemului nervos central.

995. **APSEDON**[M] Spania — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip p-clor-α, α-dimetilfene-

Scanned with OKEN Scanner

tilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

996. **APSIHIE** (cf. gr. *a-* ; *psyche* „spirit, suflet") ● Termen utilizat tot mai rar, pentru a desemna absența activității psihice — situație întîlnită doar în stările de comă.

997. **APSIHOGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *psyche* ; *gnosis* „cunoaștere") ● Descrisă în 1963 de FOUQUET, circumscrie pierderea conștiinței valorice a propriei personalități, în legătură cu deteriorarea ce are loc la nivelul psihismului și al relațiilor subiectului cu semenii săi, în cazul toxicofilicului (alcoolism, droguri). Degradarea personalității nu este în nici un caz recunoscută de acesta ca fiind o consecință a „filiei" sale patologice ; obișnuința consumului se perpetuează abuziv și, implicit, îl coboară și mai mult pe subiect pe scara autodistrugerii.

998. **APSITRIE** (cf. gr. *a-* ; *psithyrizein* „a șopti") ● Denumire dată unui grad ridicat de mutism isteric sau afonie isterică.

999. **A.P.T**(T) ● Baterie de teste psihologice cunoscute sub numele de „Academic Promise Test", elaborată de G. BENNET și colaboratorii în 1961, cu rol de evaluare a aptitudinilor diferențiale (factori verbali și numerici) și de predicție a succesului școlar pentru elevii între 12—15 ani. Bateria este structurată în patru tipuri de teste, axate pe factori numerici (raționamente abstracte) și de verbalitate.

1 000. **APTIALE** (cf. gr. *a-* ; *ptyalon* „salivă") — sin. APTIALISM ; ACRINIE SALIVARĂ →(sin.) ASIALIE.

1 001. **APTIN**(M) Austria, Italia, R.F.G.; APTINA(M) Spania, Suedia, Turcia ; APTINE(M) Franța, Grecia, Olanda — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicina psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

1 002. **APTITUDINE** (cf. lat. lit. *aptitudo* „pricepere de a face ceva") ● Structură sintetică de procese și însușiri psihofizice, care mediază operațional-instrumental reușita sau performanța într-o activitate. Psihologia anglo-saxonă desemnează deopotrivă aptitudinea și capacitatea prin termenii „skill" sau „ability". În fapt, aptitudinea se verifică în diferitele forme de activitate, dobîndind titulatura de capacitate, „singura ce poate fi evaluată nemijlocit, aptitudinea fiind doar o virtualitate" (H. PIERON). Aptitudinea depășește deprinderea, prin valențele calitative și mai marea sa mobilitate. A. BINET aprecia aptitudinea ca nivel funcțional al psihicului ; G. KELLY o considera un „construct" de operații, iar KOVALEV și MEASISCEV o defineau ca „expresie a corespondenței dintre cerințele unei activități și complexul de însușiri neuropsihice ale omului, corespondență care asigură o înaltă productivitate cantitativ-calitativă și perfecționarea facilă a activității respective... mai bine decît la omul obișnuit". Aptitudinea se apreciază după criteriul performanțelor supramedii și al specificității și se manifestă precoce, cîștigînd continuu în calitatea performanței. Aptitudinile se formează în ontogeneză (pînă în jurul vîrstei de 9—10 ani sînt nediferențiate, precizîndu-se treptat), în funcție de condițiile favorabile de mediu, ocupație, instrucție și educație, avînd la bază anumite premise native (tip de personalitate, particularități ale analizatorilor, dispoziții preoperaționale etc.) care însă, așa cum arătau și B. TEPLOV și S. L. RUBINSTEIN, sînt generice, putînd intra în structura unor aptitudini variate. F. GALTON stabilea o relație necesară a aptitudinii și talentului cu dotarea ereditară. Ereditatea sau dipozițiile individuale native constituie însă numai una dintre condițiile procesului complex de formare a aptitudinilor. Pentru ca ele să se formeze și să se dezvolte este necesară o activitate intensă și organizată în domeniul respectiv, însușirea unor cunoștințe și deprinderi adecvate. Precizarea aptitudinilor și diferențierea lor depinde de influențele social-educative, de interesele individului, de activitatea de specializare. Aptitudinile se pot manifesta și tardiv, fără însă ca în aceste cazuri să se poată nega premisele native. După cum bine se cunoaște, în cele mai multe domenii ale științei, lucrările cele mai valoroase au fost elaborate între 30—50 ani. În structura personalității, aptitudinile se organizează într-un complex ierarhizat și întotdeauna original, ca sursă de diferențiere individuală. Există în literatură numeroase încercări de clasificare a aptitudinilor ; după domeniul căruia îi aparțin, se pot distinge aptitudini : intelectuale, senzoriale, motorii etc. REVESZ (1946) a clasificat înzestrările native în patru categorii de funcții : reproductive, aplicative, interpretative și productive. Primele două categorii pot fi îndeplinite și de persoane subnormale ; următoarele caracterizează numai oamenii de talent. Din

Scanned with OKEN Scanner

punctul de vedere al înzestrării generale, aptitudinile au fost clasificate în: specifice și complexe (aptitudini matematice, muzicale, literare, plastice și, respectiv, talentul filozofic, lingvistic, tehnic etc.). Aptitudinile au fost în plan mintal ; aptitudini mnezice ; aptitudini perceptive și după tempoul mișcării. O aptitudine izolată nu poate să asigure singură succesul într-o activitate, oricît de dezvoltată ar fi ea, după cum nici absența unei aptitudini

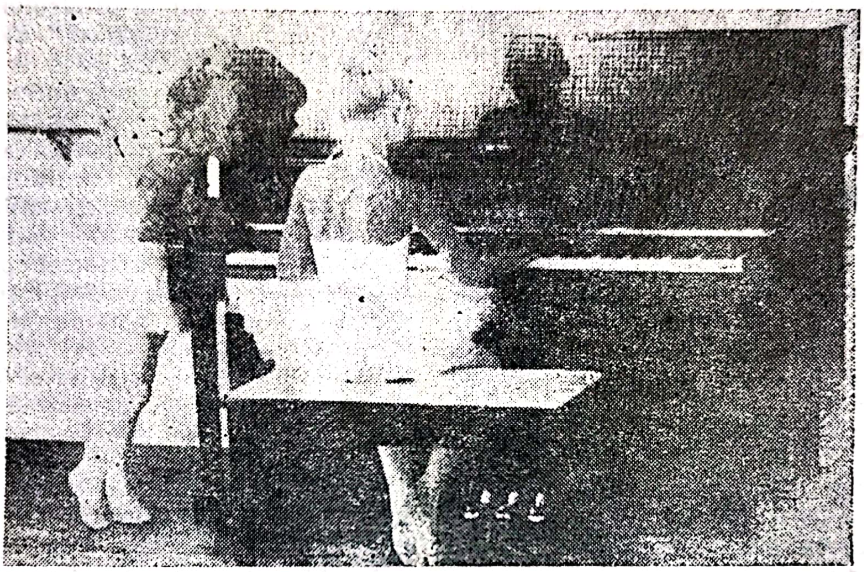


Foto : Crosses

amplu studiate prin analiză factorială, care a pus în evidență constelații sau structuri simple și complexe de aptitudini. SPEARMAN a introdus noțiunile de factor general (G) și factori speciali (S). Majoritatea autorilor identifică aptitudinea G cu inteligența (excepții : SANCH — cogniția ; BURT — atenția ; WOODWORTH — voința). Alt promotor al teoriei multifactoriale, L. THURSTONE, introduce conceptul de factori de grup care sînt implicați într-un anumit gen de activități și sarcini. Autorul determină opt factori desemnînd aptitudini intelectuale primare, care sînt : înțelegerea, percepția rapidă, gîndirea inductivă și deductivă, memoria, spațialitatea, raționamentul numeric și fluiditatea verbală. R. MEILLI adaugă factorii de complexitate, de întindere și combinatorică liberă a gîndirii ; J. GUILFORD propune ca factori de grup : flexibilitatea, fluiditatea, originalitatea și elaborarea ; P. VERNON sesizează factorul K (spațial-mecanic) ; T. KELLEY, din perspectiva genetică, atrage atenția asupra variatelor interferențe dintre factori și consideră că în constituția lui G intră factori eterogeni. El grupează aptitudinile în : aptitudini de operare cu relații spațiale ; aptitudini de operare cu relații numerice ; aptitudini de operare nu poate constitui o piedică pentru desfășurarea cu succes a altei activități. Aptitudinile se combină și interacționează, se compensează și se sprijină reciproc în desfășurarea diferitelor activități.

Cunoașterea aptitudinilor, determinarea nivelului lor de dezvoltare la un moment dat sau la un anumit subiect, orientarea și selecția profesională reprezintă necesități imperioase, la care psihologii au răspuns elaborînd un număr mare de metode științifice. Analiza produselor activității, bateriile analitice de testare a aptitudinilor, testele de aptitudini speciale (tehnice, artistice etc.) sînt cîteva exemple în această direcție. Exemple de teste utilizate în evaluarea aptitudinilor artistice sînt : testul de talent muzical C. E. SEASHOVE ; testul de inteligență muzicală al lui WING ; „the Horn Art Aptitude Inventary", testul de apreciere artistică MEIER ; bateriile DAT, FACT, GABT etc. Se cere totuși mare prudență, de exemplu, în considerarea rezultatelor școlare slabe ale elevilor, drept un indiciu al absenței unor aptitudini. NEWTON era considerat ultimul în clasă ; HUMBOLDT — un copil mărginit ; NAPOLEON — un elev mediocru în școala militară ; VERDI — respins la examenul de admitere la conservator ;

Scanned with OKEN Scanner

DARWIN, SWIFT, LEIBNIZ și EDISON au fost cotați drept elevi mediocri. Dezvoltarea aptitudinilor este strîns legată de interesele individuale, precum și de însușirea de cunoștințe, priceperi și deprinderi ; iar aptitudinile facilitează la rîndul lor însușirea de cunoștințe, priceperi și deprinderi noi.

1003. **ARAHNEFOBIE**(F) (cf. gr. *arachne* „păianjen" ; *phobos* „frică") ● Frică patologică, nejustificată, de păianjeni (sau de insecte, în general). Nu este frecvent întîlnită în practica medicală și are aceeași semnificație patologică ca toate fobiile.

1004. **ARAHNO-** (cf. gr. *arachne*) ● Element de compunere referitor la asemănarea cu păianjenul.

1005. **ARAHNODACTILIE** — sin. ACROMACRIA PFAUNDLER(B) boală ; DISMEZECTOPIA LAVAL ; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE ; DOLICOMORFIE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX ; MARFAN-ACHARD(S) sindrom ; MARFAN-ERB(S) sindrom $\xrightarrow{sin.}$ DOLICOSTENOMELIE.

1006. **ARAHNOIDITA** (cf. gr. *arachne* ; *eidos* „aspect exterior, formă") ● Este o afecțiune inflamatorie subacută sau cronică a arahnoidei, de tip fibroblastic, chistic sau mixt. Între arahnoidă și pia mater se formează aderențe, care blochează sau fac dificilă circulația lichidului cefalorahidian, exercitînd în același timp o presiune asupra formațiunilor nervoase din vecinătate. Arahnoidita cronică poate fi :

- circumscrisă, interesînd o zonă limitată a arahnoidei, cu reacție citoalbuminică în lichidul cefalorahidian ;
- pseudotumorală, cu reacție citoalbuminică a lichidului cefalorahidian și sindrom de hipertensiune intracraniană, care necesită diagnostic diferențial cu tumorile cerebrale.

După localizare, se disting arahnoidite : cerebrale, de fosă cerebrală posterioară, opto-chiasmatică, spinală. Etiologia nu este precizată. Simptomatologia arahnoiditei include cefaleea, vărsăturile, diplopia, somnolența, la care se pot adăuga semne de focar, determinate de compresiunea exercitată pe formațiunile nervoase învecinate.

1007. **ARAKAWA**(B) *boală* ● Boală ereditară, cu transmitere autozomal recesivă, descrisă în 1966. Triada caracteristică acestei boli este : întîrziere mintală, conținut ridicat de acid folic în sînge, prezența în urină a acidului paraiminoglutaminic.

1008. **ARANJAMENT NEVROTIC** ● Proces care se încadrează în sistemul mecanismelor de apărare și supracompensare și care constă în elaborarea de către subiectul nevrotic a unor idei justificînd, logic în aparență, nevroza sa. Ideile eronate oferă o altă viziune asupra evenimentelor din viața subiectului, viziune menită să servească nevrozei. Spre exemplu elementele care pun subiectul în inferioritate, eșecurile sînt în așa fel interpretate și justificate, încît tind să apară drept calități ale acestuia. În acest fel, nevroticul își poate accepta și chiar își poate „îndrăgi" simptomatologia nevrotică.

1009. **ARC REFLEX** ● Totalitatea elementelor anatomice care participă la realizarea unui act reflex. Constituie deci, baza anatomică a activității reflexe, reacție a unei structuri multicelulare față de stimulii externi sau interni, realizată prin intermediul sistemului nervos. Componentele anatomice ale arcului reflex sînt reprezentate de : receptori, calea aferentă, centrii nervoși și sinapsele realizate la nivelul lor, calea eferentă și efectorul.

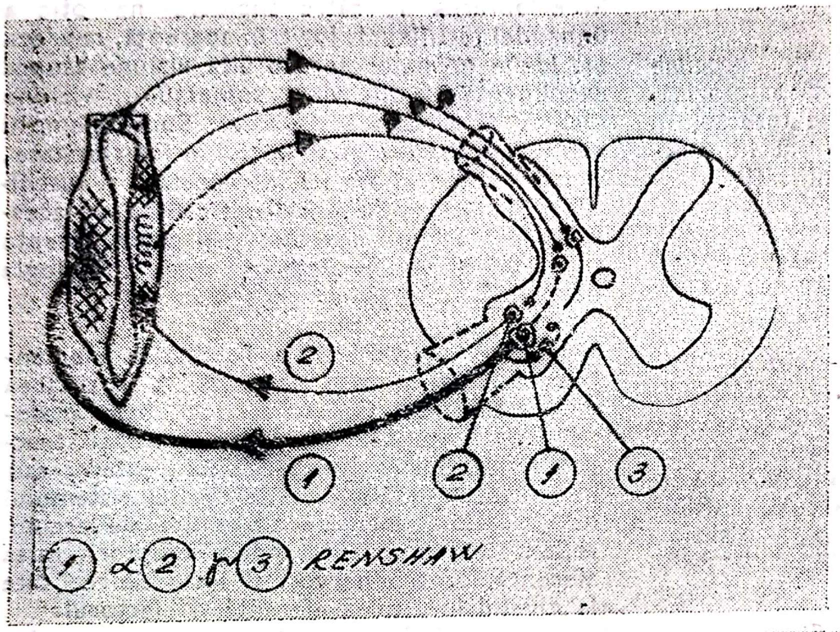
Receptorii sînt structuri specializate pentru recepționarea modificărilor diferitelor forme de energie, din mediul intern sau extern, modificări de energie care se constituie în stimuli. În funcție de natura energiei, stimulii — și deci receptorii specializați în recepționarea lor — pot fi fizici (mecano-receptori, preso-receptori) și chimici (chemoreceptori).

În funcție de localizarea stimulului (extern sau intern) el poate declanșa un răspuns reflex somatic sau vegetativ, majoritatea răspunsurilor reflexe complexe ale organismului fiind mixte — somatovegetative sau viscero-somatice. Receptorul are rolul de a transforma energia specifică, externă sau internă, pe care o primește sub formă de stimul, în energie specifică organismului — excitație. Fiind reprezentate de dendritele unui neuron senzitiv sau de celule specializate conectate cu acesta, receptorii transmit informația/mesajul nervos centripet spre centrii nervoși.

Calea aferentă sau senzitivă este reprezentată de prelungirile neuronilor din ganglionii extranevraxiali, situați pe traiectul rădăcinilor posterioare ale nervilor rahidieni, sau de omologii acestora din teritoriul cranian.

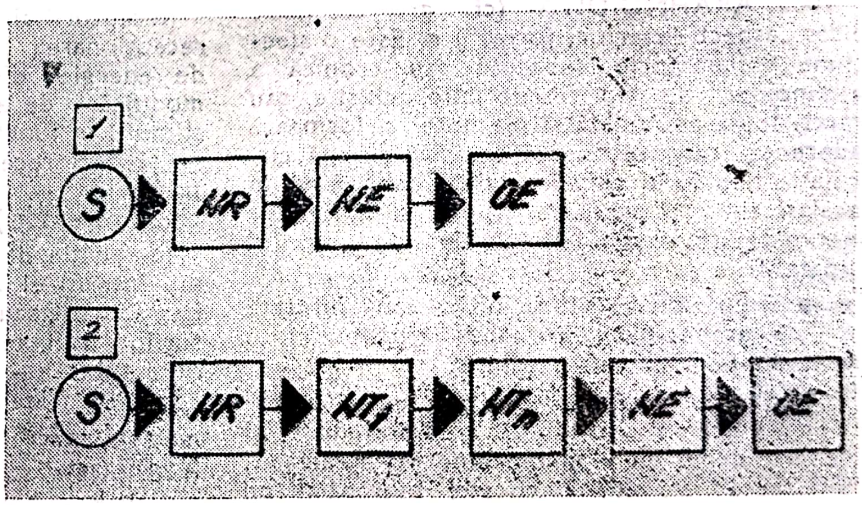
Centrii nervoși sînt structuri aparținînd sistemului nervos central, la nivelul cărora

se efectuează analiza și sinteza informațiilor primite și se generează impulsuri care ajung pe calea aferentă la organul efector. La nivelul centrilor nervoși se află sinapsa — formațiune funcțională constituită din cel puțin doi neuroni, senzitiv și motor, obligatoriu implicați



în organizarea structurală a arcului reflex. În funcție de numărul sinapselor existente la nivelul centrilor nervoși, arcurile și deci actele reflexe pot fi:

- monosinaptice (bineuronale), formate din neuroni receptori și efectori;
- multi- sau polisinaptice sau multineuronale, formate din neuroni receptori, intermediari și efectori.



Calea eferentă este reprezentată de prelungirile neuronilor efectori care ajung la organele implicate în răspunsul reflex (motor sau secretor). Pentru reflexele somatice, calea eferentă este reprezentată de axonii motoneuronilor somatici din coarnele anterioare medulare și din nucleii motori ai trunchiului cerebral. Pentru reflexele vegetative, calea eferentă prezintă particularități, în sensul că ea presupune existența a doi neuroni — preganglionar (localizat în centrii vegetativi medulari și în cei ai trunchiului cerebral) și postganglionar (localizat în ganglionii vegetativi extranevraxiali).

Organele efectoare sînt reprezentate de mușchii striați, mușchiul cardiac, musculatura netedă a organelor interne și celulele secretoare glandulare.

Arcurile reflexe ale sistemului nervos central sînt de două categorii: înnăscute și dobîndite. Reflexele realizate pe calea arcurilor reflexe înnăscute sînt reflexe necondiționate. Aceste arcuri reflexe înnăscute sînt formate pe baza unei programări genetice, sînt identice la toți indivizii speciei și efective funcțional din momentul maturizării neuronilor implicați în realizarea lor. Prin intermediul reflexelor necondiționate, un excitant adecvat, același la toți indivizii speciei, determină un răspuns stereotip, de asemenea, la toți indivizii speciei, răspuns nemodificat de experiența individuală anterioară.

Reflexele realizate pe calea arcurilor reflexe dobîndite sînt reflexe condiționate. O parte din conexiunile sinaptice implicate în realizarea acestor arcuri reflexe se formează în cursul existenței individuale, pe baza experienței, și au un caracter temporar, putînd fi modificate prin experiență. Reflexele necondiționate stau la baza activității nervoase inferioare, ale cărei forme complexe sînt denumite comportamente reflexe înnăscute, instinctuale sau instincte. Reflexele condiționate stau la baza activității nervoase superioare, realizînd un mod particular de reflectare ner-

voasă, care atinge nivelul maxim de dezvoltare la om.

1010. **ARCADIN**(M) Anglia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acţiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale şi periferice. Este util să se cunoască acţiunea sa proconvulsivantă, cît şi interdicţia consumului de alcool în timpul tratamentului.

1011. **ARCALION**(M) Franţa, R.F.G., Spania — DCI *Sulbutiamină* ● Psihoton de tip N,N'-/ditiobis/2-(2-hidroxietil)-1-metilvinilen/ /bis//N-/(4-amino-2-metil-5-pirimidinil)metil/formamidă/ester disobutirat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă.

1012. **ARCANAX**(M) Austria — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acţiune sedativă centrală, antihistaminică şi anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN(M).

1013. **ARCHAMBAULT** Théophile (1806—1863) ● Studiază medicina la Anvers şi Paris, este atras încă de la început de problemele psihiatriei ; în 1840, publică traducerea lucrării lui W. C. ELLIS „Traité de l'aliénation mentale", însoţită de o prefaţă care reprezintă o adevărată trecere în revistă a istoriei psihiatriei. Lucrează la Bicêtre, ca asistent al lui LEURET, apoi, după plecarea lui FOVILLE, la Charenton, unde determină o îmbunătăţire evidentă a îngrijirii bolnavilor gatoşi, publicînd şi un studiu pe această temă, în 1851. Îşi încheie cariera ca director al Casei de sănătate mintală Charonne.

1014. **ARCOTROL**(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

1015. **ARCUM**(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

1016. **ARDEYDORM**(M) R.F.G. — DCI *Triptofan* ● Psihotrop cu structură L(-)Triptofan, cu acţiune antidepresivă moderată şi sedativ-hipnotică bună. Nu are practic efecte secundare, cu o singură contraindicaţie — insuficienţa hepatică.

1017. **AREM**(M) Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-/2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

1018. **ARGAISM** ● Termen introdus în 1930 de ABADIE care, inspirîndu-se de la numele personajului Argan din comedia „Bolnavul închipuit" a lui MOLIÈRE, a dorit să sugereze bogăţia de informaţii clinice psihiatrice pe care cititorul avizat le poate culege din această operă dramatică. Nefiind psihiatru, MOLIÈRE a reuşit totuşi performanţa de a reda extrem de sugestiv simptome care, reunite, se încadrează astăzi în tabloul nevrozei hipocondriace. Termenul argaism păstrează doar un interes istoric, desemnînd, la vremea respectivă, tipul de personalitate hipocondriacă.

1019. **ARGUMENT** (cf. lat. *argumentum* „probă, dovadă") ● Noţiune a cărei sferă semantică cuprinde mai multe sensuri :

● Variabila independentă a unei funcţii (în matematică) .

● Propoziţie sau raţionament considerat adevărat, pe care se bazează demonstrarea altei propoziţii (în logică).

În psihopatologie, argumentul îşi poate pierde caracterul său obiectiv, real, şi poate deveni element de construire şi sprijin al unui sistem de gîndire paralogic, delirant (în schizofrenie, paranoia) sau poate deveni un simplu pretext, convieţuind cu euforia/depresia care domină subiectul (în psihoze maniaco-depresive). În isterie, argumentul îşi transferă forma de exprimare verbală într-una nonverbală, adică se somatizează, fiecare tulburare de conversie reprezentînd, de fapt, un „raţionament" convertit la nivelul unui organ aparat sau al altuia.

1020. **ARGUMENTARE** ● Proces de justificare logică a unei afirmaţii. În sens mai larg, termenul se referă la demersurile întreprinse în scopul de a convinge pe cineva. Procesul de convingere presupune, pe lîngă componenta logică, şi o componentă afectivă, care poate influenţa, uneori într-o măsură consi-

Scanned with OKEN Scanner

derabilă, comunicarea, orientînd-o preponderent spre polul cel mai încărcat afectiv.

1021. **ARGUŢIE** (cf. lat. *argutia* „expresivitate, vioiciune, subtilitate") ● Tip de idee obsesivă, înglobind elemente abstracte, absurde, ruminaţie, filozofări prelungite la nesfîrşit, întrebări contradictorii care asediază gîndirea subiectului, creînd o problematică fără sens şi irezolvabilă. Se abordează tematica filozofică, metafizică, socioantropometrică, formală, care nu este legată de preocupările obişnuite ale subiectului. Poate apărea în nevroza obsesivo-fobică şi în schizofrenie.

1022. **ARGYLL ROBERTSON**(s) *sindrom* ● Unul dintre puţinele sindroame purtînd ambele nume ale celui care l-a descris (ROBERTSON Argyll, 1837—1909, medic scoţian). Se manifestă prin : anizocorie, neregularitatea conturului pupilar, abolirea reflexului fotomotor, păstrarea reflexului de acomodare (unilateral) şi a fost descris în neurosifilis. Sindromul pupilar descris se poate întîlni şi în alte circumstanţe patologice : traumatisme craniocerebrale, tumori cerebrale, boli infecţioase cerebrale, scleroza multiplă etc. Mecanismul de producere în neurosifilis poate fi reprezentat de ramolismentele generate de vascularita luetică în regiunea tuberculilor cvadrigemeni. În afara sindromului clasic, pe care l-am prezentat mai sus, în clinica neurologică se mai cunoaşte o formă „inversată", cu păstrarea reflexului fotomotor şi abolirea celui de acomodare.

1023. **ARHAIC** (cf. gr. *archaios* „vechi") ● Termenul desemnează, în sens general, ceea ce este foarte vechi, desuet, conservat într-o formă ieşită din uz şi caracteristic epocilor primitive ale omenirii.

În psihologie şi psihopatologie, termenul se foloseşte referitor la un anumit mod al gîndirii, gîndirea arhaică, specifică primitivilor, copiilor şi acelor bolnavi psihici la care procesul morbid provoacă o regresiune. JUNG consideră că la baza gîndirii arhaice (care asimilează orice experienţă exterioară trăită la un eveniment psihic), ar sta mecanismul proiecţiei. Gîndirea magică şi animistă este o gîndire arhaică, ea operează înlocuirea unor raporturi reale prin raporturi ideale ; este o gîndire marcată de absurd, dominată de asociaţia ideilor (FRAZER afirmă, referitor la gîndirea primitivilor : „Oamenii au considerat, în mod greşit, ordinea ideilor proprii ca ordine a naturii ; ei şi-au imaginat că, fiind în stare să exercite un control asupra acestor idei, sînt în stare să controleze, în mod analog, şi lucrurile"). Gîndirea magică şi animistă apare la copil şi la omul primitiv ; la baza ei stau reprezentarea dorinţei şi proiecţia (pentru primitiv acţiunea magică semnifică realizarea evenimentului dorit ; echivalentul acestei acţiuni, la copil, este jocul). Credinţa primitivului este atotputernicia gîndirii („lumea se supune gîndului"). Aceeaşi atotputernicie a ideilor apare în reprezentările obsesionale (în nevroza obsesională sînt caracteristice modalităţile arhaice, primitive, ale gîndirii).

FREUD („Totem şi Tabu") consideră că, în general, nevroticul se raportează nu la o realitate trăită ca atare, ci la o lume a gîndului ; în acest sens, el se apropie de primitivul care crede că poate transforma lumea exterioară prin puterea gîndirii sale (a ideilor).

În schizofrenie şi în unele psihoze delirante cronice, în special în faze acute, în care regresiunea psihică este evidentă şi profundă, apar forme ale gîndirii arhaice — la psihotic, regresiunea este însoţită de destructurarea legăturilor între operaţii, procese şi fenomene psihice.

Sensul de arhaic este atribuit şi unor reflexe tranzitorii, pe care le prezintă copilul la naştere, dar care dispar odată cu maturizarea sistemului nervos central (reflexul Moro, care diminuează total spre 5—6 luni, reflexul de supt, care se estompează, de la 7 luni, reflexul de apucare forţată, „grasp reflex", ce dispare spre 3—4 luni) → MAGIE INFANTILĂ ; OMNIPOTENŢA.

1024. **ARHEM** (cf. gr. *arkho* „a comanda"-em) ● Structură care posedă o arhitectură cu funcţiuni neoformate, în jurul unui nucleu cu funcţii de sistem. Arhitectura arhemului este mai bogată decît cea a unui sistem şi este dotată cu deschidere spre informaţie şi conştiinţă. În acest sens, omul şi societatea sînt arhemuri.

1025. **ARHETIP** (cf. gr. *arche* „început" ; *typos* „tip") ● Termen care desemnează conţinuturi specifice ale inconştientului colectiv. Arhetipurile sînt imagini originare universale, care pot fi transformate în formule conştiente, transmise tradiţional în cadrul unor doctrine, iniţieri. Termenul de arhetip aparţine lui JUNG. LEWI-BRUHL foloseşte expresia de „reprezentări colective", înţelegînd prin acestea „figurile simbolice ale concepţiilor primitive despre lume". Termenul „reprezentare colectivă" nu se suprapune termenului de arhetip, întrucît arhetipul este un model ipotetic nonmanifest ; în măsura în care se manifestă, el devine „reprezentare arheti-

pică". JUNG consideră că inconştientul despre care vorbeşte FREUD este inconştientul individual, personal ; există însă un inconştient mai profund, care nu are legătură cu achiziţiile şi experienţele individuale, fiind de natură universală. În opoziţie cu inconştientul personal (şi cu psihismul personal), inconştientul colectiv este „identic cu el însuşi la toţi oamenii şi constituie un fundament psihic universal, de natură suprapersonală, prezent în fiecare" (JUNG). Conţinuturile acestui inconştient colectiv sînt arhetipurile. Ele apar în mituri, în povestiri, în vise şi în producţiile imaginare din psihoze (arhetipurile „animă delirurile psihoticilor"). Arhetipurile apar în individ ca „manifestări involuntare ale activităţilor mintale inconştiente" ; deci conţinuturile arhetipale sînt semne ale activităţii inconştientului colectiv. Ele constituie o structură existentă anterior unei conştiinţe a unităţii individuale (la primitivi şi la copil, în perioada primei copilării, conştiinţa individualităţii nu este încă structurată ; la primitivi, cîmpul şi intensitatea conştiinţei sînt puţin dezvoltate, gîndirea primitivului nu decurge, în mod cauzal, din conştiinţa sa ; lumea mitică a primitivului este o realitate echivalentă cu natura materială şi este chiar superioară — ca semnificaţie — acesteia. Spiritul primitiv, afirmă JUNG, se caracterizează prin aceea că el nu inventează miturile, ci le trăieşte. Produsele spontane ale activităţii inconştiente (confesiuni ale psihismului inconştient) sînt de două categorii :

- imagini cu caracter personal, care trimit la experienţe personale uitate şi refulate ;
- imagini cu caracter impersonal, care nu se leagă de experienţele şi achiziţiile individuale ; aceste imagini corespund unor elemente ale sufletului colectiv, ele intră în alcătuirea psihismului uman, în general (asemenea elementelor morfologice ale corpului uman), şi sînt ereditare. Aceste produse din a doua categorie au structuri analoge miturilor şi povestirilor şi se formează într-o stare de estompare a intensităţii conştiinţei (vis, delir, reverie diurnă, viziune).

Stările de reducere a conştiinţei (P. JANET — „scădere a nivelului mintal"), cu absenţa, parţială sau totală, a concentrării atenţiei, corespund stării de conştiinţă primitivă, în care se află originea miturilor. Conştiinţa primitivă este strîns legată de inconştientul colectiv ; conţinuturile arhetipale nu se raportează la nimic conştient din prezent sau din trecut, ele fiind expresia, după psihanalişti a ceea ce există „esenţial inconştient". Conţinutul arhetipal nu este un conţinut de experienţă individuală şi el nu va deveni niciodată conştient ca atare. Arhetipurile nu pot fi suprimate prin negare ; ele nu pot fi făcute inofensive, într-o manieră sau alta. Arhetipul nu poate fi explicat şi, în acest fel, anihilat ; explicarea arhetipului (ca tentativă) revine la o traducere care foloseşte o limbă sau un limbaj cu alte imagini, diferite de conţinuturile arhetipale.

Arhetipul, ca element psihic structural, dispune de o forţă vitală autonomă, în economia psihică. El reprezintă acele „date instinctive ale sufletului primitiv obscur, rădăcini reale sau mereu invizibile ale conştiinţei individuale". Astfel, tema copilului (arheptiul „zeului-copil" : copilul înţelept, fiul regelui, fiul vrăjitoarei, copilul care apare în caliciul unei flori sau ieşind dintr-un ou de aur sau înconjurat de un cerc solar sau în centrul unei Mandala) nu este o aglutinare reziduală de amintiri din copilăria proprie ; imaginile care trimit la tema copilului aparţin umanităţii şi nu individului. Tema copilului este reprezentantul aspectului infantil preconştient al sufletului colectiv. Tema copilului nu este acelaşi lucru cu experienţa concretă a copilului (fapt valabil pentru toate arhetipurile). Imaginea empirică de „copil" este un mod de expresie a unei stări psihice greu sesizabile ; reprezentarea mitologică a copilului nu copiază „copilul" empiric, această reprezentare este un simbol (copilul divin, miraculos). Individul poate trăi conflictual o disociere (ca urmare a unei serii de incompatibilităţi) între starea sa actuală şi starea originară a copilăriei ; se întîmplă ca persoana să aleagă, arbitrar şi corespunzător unor ambiţii, o individualitate care să vină în contradicţie cu caracterul său originar. Prin analogie, JUNG vehiculează ipoteza că umanitatea se află periodic în contradicţie puternică cu acele condiţii ale copilăriei, cu starea originară, inconştientă şi instinctivă ; aceste rupturi de climatul originar se manifestă în impresiile vizionare (produse fie în vis, fie în stare de veghe), care revin la o dedublare între starea trecută şi starea prezentă (de exemplu, individul se vede pe el însuşi copil). Păstrarea referinţelor (→ RELIGIA, RITUALUL MITIC), la copilul mitologic, are drept scop păstrarea legăturilor omului cu un climat al său originar, în ultimă analiză cu propriile sale rădăcini. Arhetipurile sînt structuri mintale înnăscute, constituind „psihismul preformat" ; ele sînt prezente în toate epocile, în toate culturile, în toate spa-

Scanned with OKEN Scanner

ţiile biografice. Originea posibilă a arhetipurilor ar fi, după JUNG, sedimentarea unor experienţe milenare trăite de umanitate. În sfîrşit, JUNG consideră că arhetipurile reprezintă, în plan mintal, ceea ce instinctele reprezintă în plan biologic ; arhetipurile sînt forţa dinamică a structurilor mintale, după cum instinctele sînt forţa dinamică a biologicului. Şi unele şi celelalte determină modele de acţiune şi de comportament. Un instinct declanşat evocă, în plan spiritual, o imagine arhetipică corespunzătoare, această imagine, la rîndul ei, devine motorul acţiunilor şi comportamentului subiectului ; de aceea, originea arhetipurilor pare să fie într-un timp îndepărtat şi ridică ipoteze privind crearea lumii şi a vieţii. Ele sînt prezente în primele momente de viaţă, se perpetuează în structuri mintale, după cum instinctele se perpetuează în structuri biologice şi anatomice. Deci arhetipurile prefigurează structura mintală de bază. JUNG insistă asupra faptului că este o greşeală, să considerăm arhetipurile ca avînd un conţinut determinant, ca fiind un fel de „reprezentări" inconştiente : „Nu se poate demonstra că o imagine primordială este determinată în ceea ce priveşte conţinutul ei decît dacă ea este conştientă, deci umplută cu materiale din experienţa conştientă ... Arhetipul este un element vid, formal, nimic altceva decît o facultate de a prefera (facultas preformandi), o posibilitate dată, a priori a unei reprezentări". De exemplu, modul în care arhetipul mamei îşi găseşte expresia empirică nu se poate deduce din arhetipul însuşi. Funcţia arhetipului este de a păstra legătura fiinţei umane cu sursele sale profunde, originare ; conştiinţa se centrează pe un număr restrîns de conţinuturi, eliminînd alte conţinuturi apte de a deveni conştiente. Dezvoltarea progresivă a conştiinţei, specifică omului civilizat, poate determina, la un moment dat, o ancorare aproape exclusivă în parţial, o rupere de rădăcini. „Conştiinţa diferenţiată este în permanenţă ameninţată de dezrădăcinare, de aceea îi este necesară o compensare prin starea infantilă încă prezentă" (JUNG, în legătură cu arhetipul copilului). Arhetipul, în genere, nu poate fi redus la o formulă simplă ; el există în stare potenţială şi se poate exprima în diverse moduri. Arhetipurile, ca elemente ale inconştientului, sînt mereu aceleaşi, dar formulele lor variază. Arhetipurile dispun de o anume autonomie, care poate deveni periculoasă în diverse cazuri. De pildă, dacă există la o persoană o predispoziţie psihotică, în anumite împrejurări, dată fiind predispoziţia respectivă, figurile arhetipice se eliberează total de sub controlul conştiinţei, devin complet independente şi provoacă „fenomene de posesiune". Delirurile psihoticului sînt animate de arhetipuri, elementul esenţial patologic fiind disocierea, incapacitatea conştiinţei de a domina inconştientul ; acesta din urmă nu mai este integrat în conştient (integrarea inconştientului în conştient constituie acel fenomen denumit de JUNG „proces de individuare"). Cîteva din arhetipurile mai importante : Anima, Animus, Marele înţelept, Eroul, Arhetipul copilului, Arhetipul mamei (Mama cea Mare — denumirea provine de fapt din istoria religiilor şi se referă la tipul Zeiţei Mamă).

Evident, această teorie a arhetipurilor este un mod de a explica o serie de fenomene psihice ; ea continuă însă să fie doar un punct de vedere ce oferă date, satisfăcătoare pentru unii, dar total insuficiente pentru alţii.

1026. **ARHIENCEFALIE** (cf. gr. *arche* „început" ; *enkephalos* „creier") ● Anomalie a procesului morfologic de formare intrauterină a lobului frontal împreună cu bulbul olfactiv, care generează, implicit, un avansat grad de întîrziere în dezvoltarea psihomotorie a copilului.

1027. **ARHIPALIUM** — sin. ALOCORTEX sin.
→ CORTEX ALOGENETIC.

1028. **ARHITECTONICĂ CORTICALĂ** (cf. gr. *architekton* „constructor" ; lat. *cortex* „scoarţă") ● Termenul se referă la dispunerea spaţială a corpilor neuronali, a dendritelor şi axonilor în grosimea scoarţei cerebrale. Rezultat al drumului parcurs de om, al achiziţiilor, posibilităţilor şi perspectivelor sale, cortexul uman se constituie ca un veritabil album de familie în care, evident, prezentul ocupă o parte apreciabilă şi în care funcţionalul şi utilul au înlocuit arabescul nesemnificativ. Complexitatea de celule şi circuite ordonate într-un optim funcţional, el realizează cel mai perfecţionat mecanism, încă imposibil de reprodus, cu toate achiziţiile şi tehnologiile de vîrf de care dispunem. Orice cucerire, orice performanţă, orice succes al omenirii nu este decît o palidă umbră a ceea ce poate realiza acest formidabil mecanism. Cunoştinţele noastre în acest sens sînt încă puţine. Deşi aspectele histologice au fost lămurite în linii mari, cunoaşterea corelaţiei structură-funcţie a rămas mult în urmă, datorită fantasticei complexităţi funcţionale. Scoarţa cerebrală este, din punct de vedere filogenetic, formaţiunea anatomică cea mai

nouă, semnalată la reptile. Ulterior citoarhitectonica și posibilitățile funcționale ale scoarței s-au complicat enorm datorită tendinței corticalizării funcțiilor întregului organism, scoarța cerebrală devenind organul suprem al funcțiilor de comandă și control ale organismului. Suprafața sa este de 1 800—2 200 cm² și cuprinde 15—18 miliarde de neuroni, realizînd o structură de o complexitate deosebită.

Scoarța este delimitată histologic (didactic) în:

- alocortex, zonă alcătuită din două straturi și corespunzînd filogenetic paleo- și arhicortexului, reprezentînd 13% din suprafața totală corticală;
- izocortex, zonă alcătuită din șase straturi, corespunzînd filogenetic neocortexului și reprezentînd 97% din suprafață.

Izocortexului i se descriu o citoarhitectonică și o mieloarhitectonică:

- citoarhitectonica reprezintă amplasarea corpilor neuronali în grosimea scoarței cerebrale, fiind structurată în șase straturi care, de la suprafață spre profunzime sînt:

I — stratul plexiform sau molecular, alcătuit din celule proprii (celule moleculare, plexiforme), cu densitate de 50 celule/mm³, dendrite și axoni proprii și ai altor straturi;

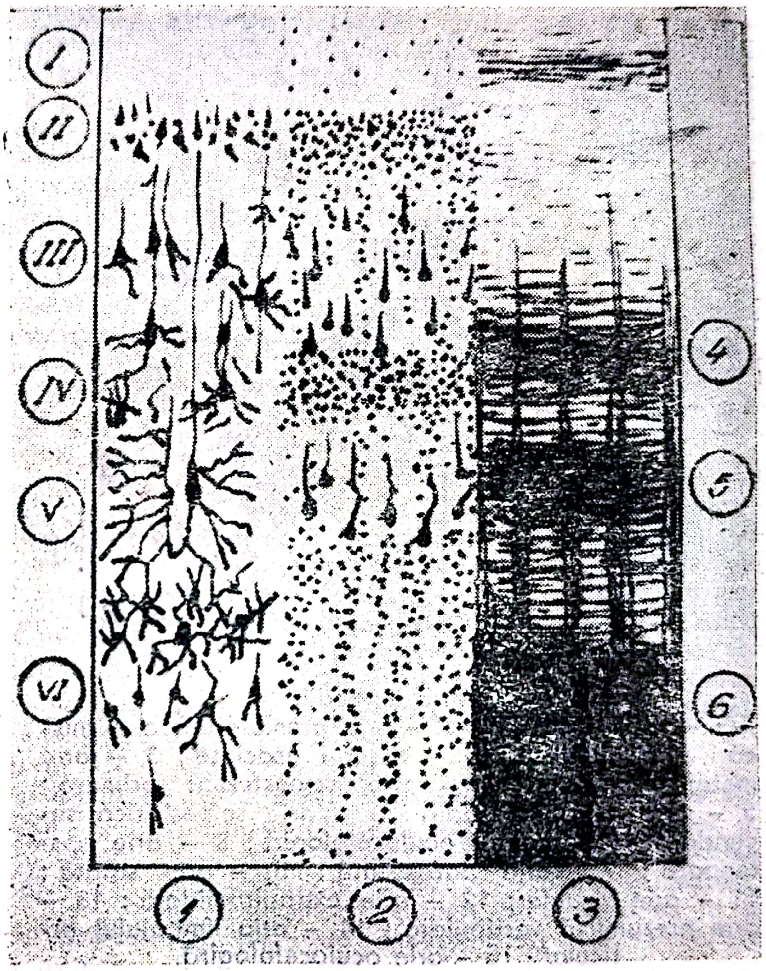
II — stratul granular extern, alcătuit din celule proprii (celule stelate mici și piramidale mici — densitate 650 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi;

III — stratul piramidal extern, alcătuit din celule proprii (celule piramidale dispuse în trei substraturi: superficial, intermediar, profund — densitate 220 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi și formațiuni subcorticale;

IV — stratul granular intern alcătuit din celule proprii, dispuse în două substraturi: superficial și profund (densitate 800 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi;

V — stratul piramidal intern, alcătuit din celule proprii (celule piramidale mijlocii și mari dispuse în două substraturi), densitate 300—400 celule/mm³, dendrite și axoni proprii și ai altor straturi, și substratul formațiunilor subcorticale;

VI — stratul fusiform, alcătuit din celule proprii, celule fusiforme mici și mari dispuse în două substraturi — densitate 100—200 celule/mm³, dendrite



Citoarhitectonica și mieloarhitectonica scoarței cerebrale.

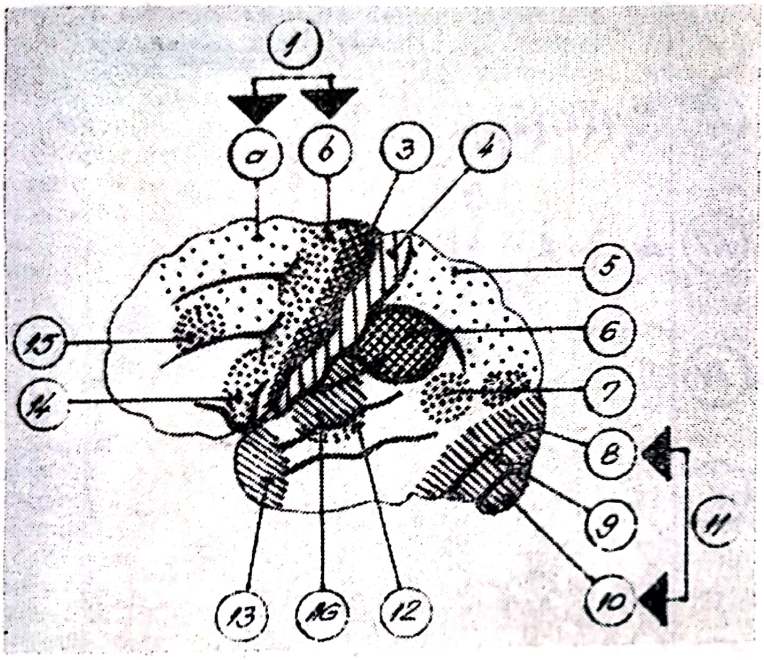
1 — Golgi; 2 — Nissl; 3 — Weigert; 4 — stria Baillarger externă; 5 — stria Baillarger internă; 6 — fibre radiale; I — strat molecular; II — strat granular intern; III — strat piramidal; IV — strat granular intern; V — strat polimorf.

și axoni proprii și ai altor straturi și ai formațiunilor subcorticale. Limita cu substanța albă nu este netă.

- mieloarhitectonica reprezintă amplasarea dendritelor și axonilor în grosimea cortexului, realizînd histologic structuri numite strii, care sînt dispuse orizontal sau vertical. Cele orizontale sînt:

- stria Kaes-Bechterev, situată în regiunea superficială a stratului piramidal extern;
- stria Baillarger externă, situată în zona stratului granular intern;
- stria Baillarger internă, situată în zona stratului piramidal intern.

Striurile verticale împart cortexul în unități funcționale sub forma unor coloane verticale care conțin aproximativ 100 000 de neuroni și 38 miliarde de sinapse cuprinzînd aproape toate elementele aferente, eferente și de asociație, necesare unui circuit funcțional complet.



Centrii corticali.
AG – arie gustativă; 1 – arie premotorie: a – mișcări semivoluntare; b – mișcări asociate; 3 – arie motorie primară; 4 – arie somestezică primară; 5 – arie extrapiramidală; 6 – arie somestezică secundară; 7 – centrii oculocefalogiri; 8 – arie posterioară; 9 – arie parastriată; 10 – arie striată; 11 – arie vizuală; 12 – arie extrapiramidală; 13 – arie prezumtivă vestibulară; 14 – aria limbajului articulat; 15 – arie oculocefalogiră.

Există o corelație strînsă între citoarhitectonică și particularitățile funcționale ale unei anumite zone corticale. Astfel, cortexul situat posterior scizurii centrale Rolando, care reprezintă locul de proiecție al receptorilor, se caracterizează prin predominarea masivă a celulelor granulare mici ale stratului IV, care trimite prelungirile axonale la celulele piramidale din stratul II și V. În aceste zone, se află și celulele piramidale din stratul V, care trimit axonii la nivelul mezencefalului realizînd circuitele neuronale pentru coordonarea mișcărilor de explorare, țintire și fixare a stimulilor în timpul percepției. În aceste zone, configurația receptorilor periferici este reprezentată „punct cu punct“, proporțional cu importanța lor funcțională. Între cîmpurile de proiecție ale analizatorilor, se află zone primare de asociere, alcătuite predominant din celule piramidale ale stratului III, care realizează verigile unor anumite acte psihocomportamentale. Există zone secundare, terțiare, cuaternare, cu o complexitate crescîndă a proceselor de coordonare și integrare superioară a informațiilor după criterii de esențialitate și generalitate, obținîndu-se percepții plurisenzoriale, reprezentări de clase de obiecte, scheme, concepte. Zonele corticale situate anterior scizurii centrale Rolando reprezintă nivelul superior al sintezei motricității voluntare, existînd o zonă motorie primară și zone motorii secundare. Zona motorie primară se caracterizează prin existența masivă a celulelor piramidale gigante din stratul V, ai căror axoni formează căile piramidale ce transmit centrilor motori subcorticali comenzile de efectuare a mișcărilor voluntare. Și în zonele motorii există o reprezentare segmentară a aparatului efector. Aria motorie secundară se caracterizează prin predominența celulelor piramidale mari din stratul III și prin slaba reprezentare a celulelor piramidale gigante din stratul V. La nivelul cortexului frontal există zone integrative terțiare și cuaternare, caracterizate citoarhitectonic prin prezența celulelor stratului IV și care au drept scop integrarea unor forme superioare de activitate conștientă, bazate pe planificare și

anticipare, corelînd motivele, scopurile și mijloacele. Aceste zone ocupă aproximativ 25% din suprafața totală a scoarței. Cortexul situat pe fața inferioară și pe fața internă a lobilor frontali și parietali se caracterizează citoarhitectonic prin predominanța celulelor de tip granular și piramidale de talie mijlocie, aceste zone avînd drept funcție realizarea tonusului afectiv, activarea și preselecția incitațiilor motivaționale, potențarea energetică a comportamentului. În aceste zone se produce corelarea între motivație și comportamentul destinat satisfacerii motivațiilor, realizîndu-se homeostazia psihofiziologică a organismului.

Caracteristicile citoarhitectonice și funcționale ale diferitelor zone ale cortexului explică, pe de o parte, tendința specializării unor zone pe anumite funcții, iar pe de altă parte, tendința structurării „holografice" a unor funcții psihice.

Cunoașterea specificului diferitelor zone corticale reprezintă un mare pas înainte în diagnosticul unor afecțiuni neurologice și neurochirurgicale, care pot fi astfel depistate, și în cunoașterea aprofundată a complicatelor mecanisme neurofiziologice ce stau la baza funcționării normale a sistemului nervos central, cu largi posibilități deschise unor noi căi de abordare a psihopatologiei.

1029. **ARIDITATE** (cf. lat. *ariditas* „uscăciune") ● Termen care, referitor la tulburările afectivității, desemnează caracterul de „uscăciune", sterilitate, atonie, lipsă a modulării afective în cazul unor forme specifice de depresie (reactive, endogene) sau al unor sindroame depresive (din schizofrenie).

1030. **ARII ASOCIATIVE** ● Arii cerebrale cu rol important în elaborarea vieții psihice și a actelor motorii complexe. Din punct de vedere anatomic, ele înconjură ariile somatosenzitive și motorii. Ariile asociative din jurul ariilor receptoare au funcție de cunoaștere (de la senzație la identificare), iar în jurul ariilor motorii au funcție praxică (mișcarea coordonată cu scop). Cercetări recente arată că ariile asociative senzoriale sînt organizate ca niște mozaicuri de blocuri corespunzînd fiecare unei zone senzoriale (J. BULLIER); de exemplu, retina posedă în plus opt proiecții diferite de cea din aria primară. Lezarea ariilor asociative duce la tulburări în percepția spațială, agnozii de diferite tipuri, apraxii.

1031. **ARII CORTICALE** ● Regiuni ale neocortexului cu funcții precizabile în ceea ce privește senzorialitatea sau motricitatea, constituind un veritabil mozaic de reprezentări topografice.

Studiile făcute în secolul trecut de către BROCA și în secolul nostru de E. SMITH, P. FLECHSIG, A. W. CAMPBELL, K. BRODMAN au dus la elaborarea unor veritabile hărți ale cortexului, dintre care cea mai cunoscută aparține ultimului autor. Revoluția pe care a produs-o apariția electrofiziologiei și folosirea ei intensivă după 1930 în studiul funcționalității creierului, ca și studiile făcute de J. ROSE și C. WOOCSEY (1949), au confirmat rolul pe care il au în proiecția senzorialității ariile primare descrise de P. FLECHSIG. Din punct de vedere funcțional, ariile corticale se clasifică în:

- arii de proiecție aferentă, receptoare, senzoriale;
- arii de proiecție eferentă, efectorii, motorii;
- arii asociative.

Studiile ultimilor ani arată însă că în realitate toate ariile primesc și trimit aferențe și respectiv eferențe, avînd aspect de arii senzomotorii. Indiferent de natura lor, ariile sînt, din punct de vedere al importanței lor funcționale, de tip primar sau secundar, la aceste două tipuri putîndu-se adăuga uneori o arie suplimentară. Principalele arii de proiecție aferente și eferente sînt prezentate sintetic în tabelul XXIV.

1032. **ARIE ECOLOGICĂ URBANĂ** ● Noțiunea se referă la segregarea populației urbane din megalopolisuri în arii separate. Aceste arii nu sînt fixe, existînd în permanență tendința unor populații de a pătrunde în teritoriile altor populații. Extinderea zonelor centrale către „cartierele rezidențiale" duce la părăsirea acestora și la crearea unor zone mobile: hoteluri, instituții cu grad ridicat de tranziență, magazine și restaurante care antrenează un grad de dezorganizare socială a zonei. Școala din Chicago, care continuă lucrările lui BURGESS, a stabilit cinci zone concentrice ale marelui oraș: zona centrală, zona de tranziție (sau de dezorganizare), zona de rezidență modestă, zona de rezidență elegantă, zona cartierelor muncitorești, încercînd să stabilească o legătură între populația astfel zonată și frecvența fenomenelor patologice și reușind să demonstreze o maximă frecvență a acestora în zona a doua, care descrește odată cu îndepărtarea de ea. FARRIS și DUNHAM, în studiile lor devenite deja

Tabel nr XXIV

	Aria	*Tipul*	*Legătura funcțională*	*Cîmpuri Brodman principale*
AFERENTE	Somestezice	Primară (a sensibilității generale)	● mînă, degete, limbaj, mimică	1, 2, 3
			● compararea senzațiilor	5a, 5b, 7
			● recunoașterea obiectelor	39, 40
		Secundară	sensibilitatea extero- și proprioceptivă a membrelor inferioare și superioare	40, 43
		Suplimentară	senzorialitatea la nivelul capului și abdomenului	6, 8
	Vizuală	Primară	cîmp vizual temporal ipsilateral și nazal contralateral	17
		Secundară	arie de asociație de la 17, 19	18
		Suplimentară	noțiunea de spațiu, percepția formelor	19
	Auditivă	Primară	percepția globală a mediului	41, 42
		Secundară	înțelegerea vorbirii	42, 22
	Gustativă			43
	Vestibulară			2
	Olfactivă			28
EFERENTE	Somatomotorie	Primară	mișcări voluntare, activitate reflexă	4, 6, 8
		Secundară	față, ipsilateral	40, 43
		Suplimentară	adaptare posturală, mișcări stereotipe complexe, vocalizare	6, 8
	Extrapiramidale	Secundară	acte motorii complexe	4s, 8s, 6s
	Corticooculocefalogire	Suplimentară	ritmicitate, postură, mișcări conjugate	10, 9, 8, 45, 46, 8

clasice, au demonstrat corelația netă între ariile ecologice și frecvența bolilor psihice, în special a schizofreniei, toxicomaniilor, psihozelor organice și un grad de corelație mai scăzut sau nul în ceea ce privește bolile afective. Tulburările comportamentale și delincvența par de asemenea să fie în legătură cu ariile ecologice, unii cercetători propunînd ca explicație anonimatul și izolarea pe care anumite zone le oferă individului. Alți autori, ca CHOMBART DE LAUWE, GRUENBERG, BORDEAUX iau în discuție nivelul de aglomerare, spațiul individual, ca factori care determină apariția tulburărilor psihice. Nu există încă un consens asupra cercetărilor de acest tip, datele fiind deocamdată incerte, referindu-se strict la mari aglomerații urbane din țări cu un anumit sistem sociopolitic.

1033. **ARIERAȚIE INTELECTUALĂ, AFECTIVĂ** (fr. *arriération*; cf. lat. *ad-retro* „înapoi") ● Termen mai vechi avînd sensul de ÎNTÎRZIERE MINTALĂ sau OLIGOFRENIE. Deși sub raport istoric interesul pentru acest fenomen psihopatologic este vechi, primele consemnări științifice cu caracter de specialitate datează de la începutul secolului al XX-lea (1905) prin lucrările lui SANTE de SANCTIS (1863—1932) și FERRARI (1868—1932) în Italia, ale lui W. STERN (1871—1938) și O. LIPMAN (1880—1932) în Germania, O. DECROLY (1871—1937) în Belgia și E. CLAPAREDE (1873—1940) în Elveția, iar în Franța și S.U.A. prin studiile lui A. BINET (1857—1911) și respectiv J. Mc KEEN CATTELL (1860—1944). Prin arierație intelectuală, CIB-9 (OMS) desemnează formele clinice de insufi-

cienţă mintală, caracterizate printr-o inteligenţă inferioară celei normale şi de etiologie diversă; cauze accidentale pre-, peri- şi postnatale, cauze ereditare (cromozomiale sau metabolice); leziuni organice cerebrale (cel mai frecvent encefalopatii infantile). Schematic, gradele (formele) de arieraţie mintală, după CIB-9, sînt:

- înapoierea mintală uşoară — sin. DEBILITATE MINTALĂ (QI 50—70);
- intîrzierea mintală mijlocie — sin. ÎNAPOIEREA MINTALĂ MIJLOCIE, IMBECILITATE (QI 35—49);
- intîrzierea mintală gravă — sin. ÎNAPOIERE MINTALĂ GRAVĂ (QI 20 — 34);
- intîrzierea mintală profundă — sin. ÎNAPOIERE MINTALĂ PROFUNDĂ, IDIOŢIE (QI sub 20) → OLIGOFRENII.

Arieraţia afectivă se referă la subiecţi cu un nivel intelectual în limitele normalităţii (uneori cu o inteligenţă superioară), dar a căror viaţă emoţional-afectivă şi instinctuală s-a dezvoltat insuficient sau a stagnat (psihanaliza explică fenomenul prin fixaţia sau regresiunea la stadiile infantile). Această imaturitate afectivă, exprimată prin egocentrism şi posesivitate în sentimente, dependenţă de anturaj, sentimente de gelozie, atitudini agresive etc. se întîlneşte atît la nevrotici, la anumite personalităţi dizarmonice şi perverşi sexuali, cît şi la schizofreni → IMATURITATE AFECTIVĂ.

1034. **ARIN**(M) Coreea — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

1035. **ARIPAX**(M) Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

1036. **ARISTOFEN**(M) Italia — DCI *Trifluopromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică şi anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influenţează reacţiile conducătorilor auto.

1037. **ARISTOTEL** (383—322 î.e.n.) ● Filozof grec originar din oraşul Stagira (peninsula Calcidică), numit din această cauză şi Stagiritul. A fost discipolul lui PLATON, de care ulterior s-a detaşat, întemeind în 335 î.e.n. propria sa şcoală filozofică, peripatetică — Liceul. A sintetizat cunoştinţele dobîndite pînă la el punînd bazele multor discipline noi: logica formală („Organon"), psihologia („Despre suflet"), politica şi economia politică („Politica"), etica („Etica nicomahică"), estetica („Poetica"), zoologia ş.a. În filozofie, ARISTOTEL a criticat teoria ideilor lui PLATON. El a considerat că esenţa lucrurilor nu se află în afara lor, ci în ele. Concepţia lui oscilează între materialism şi idealism. Noţiunile de bază ale filozofiei lui ARISTOTEL sînt conceptele materie-formă, substanţă, potenţă-act. El înţelege prin materie „substratul" pasiv, nedeterminat al formelor, iar forma, principiul activ, determinant al trecerii unui lucru de la „potenţă" la „act" şi care îi conferă acestuia calitatea lui specifică. Starea actualizată, adică substanţa lucrurilor perceptibile, este rezultatul acţiunii formei asupra materiei. Materia nu există fără formă şi, de regulă, nici forma fără materie. Ca principiu, forma şi materia au aceeaşi extensiune. De aceea, forma nu poate fi „exterioară" materiei. Forma este înţeleasă ca un izvor al mişcării şi ordinii din întregul univers, ca principiu al binelui. Această teză a fost utilizată de gîndirea teologică medievală pentru justificarea divinităţii. ARISTOTEL a întreprins o analiză a formelor mişcării, distingînd mişcarea mecanică, creşterea şi diminuarea, precum şi transformarea calitativă. A elaborat o gnosologie realistă, cu elemente dialectice. A adus o contribuţie importantă la îmbogăţirea gîndirii dialectice, mai ales prin analiza raportului dintre posibilitate şi realitate individual şi general, fenomen şi esenţă ş.a. ARISTOTEL recunoştea primordialitatea obiectului real faţă de subiectul cunoscător, afirmînd atît rolul simţurilor în cunoaştere, cît şi valoarea raţiunii. Cunoaşterea cea mai înaltă ar depinde de respectarea unor „principii" cu caracter axiomatic, pe care orice ştiinţă trebuie să le respecte. A subliniat necesitatea cercetării concrete în domeniul social şi a consacrat ideea de om ca fiinţă socială („Zoon politikon"), susţinînd principiul concordanţei intereselor individuale cu cele ale societăţii, ideea evoluţiei istorice a societăţii prin relaţii calitativ deosebite între ele. Ideile sale au exercitat o puternică influenţă asupra gînditorilor din timpul său şi din secolele următoare, multe dintre ele păstrîndu-şi actualitatea şi în zilele noastre.

1038. **ARISTOTEL**(I) *iluzie* ● Iluzie tactilă cu caracter fiziologic descrisă de ARISTOTEL. Este un vechi experiment psihologic şi constă

în perceperea a două bile cînd subiectul, în absența controlului vizual, susține în mod obiectiv între extremitățile degetelor index și medius contralaterale, încrucișate, doar o singură bilă.

1039. **ARITMOMANIE** (cf. gr. *arithmos* „număr" ; *mania* „nebunie") — sin. ONOMATOMANIE ; MAGNAN* simptom ● Tulburare constînd în obsesia operațiilor aritmetice efectuate în mod inutil cu numere pe care subiectul le vede sau le aude, sau în semnificația deosebită, malefică, conferită unor cifre, operațiile efectuate avînd rolul de a îndepărta sau găsi aceste cifre ; a fost descris în 1883 de MAGNAN sub numele de „mania cifrelor". Calculele aritmetice sînt uneori efectuate în scopul de a înlătura o obsesie neplăcută, căreia subiectul îi găsește o substituție, căpătînd astfel caracter de ritual. Aritmomania se referă și la efectuarea unei acțiuni de un număr fix de ori, acest număr putînd uneori să fie crescut în progresie aritmetică sau geometrică și ducînd la o infinitate de calcule epuizante. Cea mai mică ezitare sau eroare apărută în cursul calculului conduce la reluarea operațiilor. Aritmomania face parte din grupul maniilor mintale — tulburare calitativă de ansamblu a gîndirii avînd consecințe în valorizarea judecăților și raționamentelor. Ea apare în cadrul sindromului obsesivo-fobic din nevrozele obsesivo-fobice, din dizarmoniile de personalitate de tip psihastenic, din depresii, din schizofrenie.

1040. **ARMĂ** — *permis* ● Portul armelor este permis în scopul menținerii ordinii publice, al apărării proprietății de stat și personale, precum și pentru practicarea anumitor sporturi (tir, vînătoare — Decretul nr. 369/1971). Aproape toate țările au legiferat condițiile permisului de port-armă. În țara noastră persoanele care nu au dreptul la acest permis, în afara celor care au suferit condamnări penale, sînt minorii și bolnavii psihici suferind de :

- psihoze (psihoză maniaco-depresivă, schizofrenie, deliruri cronice parafrenice și paranoice), chiar în perioada de remisie ;
- psihoze organice cronice (toxice, infecțioase, traumatice) ;
- demențe de orice etiologie ;
- oligofrenia de orice grad ;
- nevroze obsesivo-fobice, nevroze mixte, isteria ;
- alcoolismul cronic ;
- dizarmonii și stări psihopatoide impulsive cverulente, paranoice, psihastenice, instabil-afective ;
- toxicomaniile ;
- epilepsia cu toate formele clinice ;
- bolnavii psihici remiși aflați în tratament de întreținere cu substanțe psihotrope ;
- persoane clasate „inapt serviciu militar".

1041. **ARMATĂ** (cf. it. *armata* ; cf. lat. *arma* „armă" ; *armatus* „înarmat") ● Problema selecției psihiatrice a celor care pătrund în armată nu este nouă, ea fiind însă tot mai pregnant pusă odată cu modernizarea tehnicii de luptă. Excluderea celor cu afecțiuni mintale grave se face încă de la examenul de recrutare, cînd inaptitudinea pentru serviciul militar este consemnată în cazul unor afecțiuni ca epilepsiile, psihozele schizofrenice, oligofreniile grave, stările psihopatoide. Expertiza se constituie pe baza documentației și a stării clinice, putînd să fie urmată de o nouă evaluare medico-militară. În cazul unor afecțiuni cu evoluție favorabilă (nevroze, decompensări nevrotice ale personalităților dizarmonice, reacții etc.), decizia de amînare și instituirea tratamentului adecvat este urmată de un nou examen medical și de luarea unei decizii corespunzătoare după un interval de timp limitat (șase luni pînă la un an). Cu toată atenția deosebită acordată în timpul examinării psihiatrice și cu toate că examenul medical la recrutare este dublat de cel de la încorporare, în rîndul tinerilor militari în termen se constată totuși o prevalență deosebită în ceea ce privește bolile psihice, datorită a doi factori independenți : vîrsta, care este favorabilă debutului psihozelor schizofrenice (chiar și al celor afective) și privațiunile vieții militare, care pun în evidență manifestări aflate altfel în stare subclinică sau tolerate în mod incredibil de mediul familial. Datorită consecințelor grave pe care boala psihică le implică, lotul respectiv de tineri se află în atenția deosebită a specialiștilor medico-militari. Declanșarea unei boli psihice grave în timpul serviciului militar este urmată (după spitalizare) de excluderea bolnavului din rîndul combatanților. O serie de activități militare moderne, ca și activitatea de comandă, cer o supraveghere medico-militară și psihiatrică deosebită care se execută prin ordin. Existența unor afecțiuni psihice legate de serviciul militar a fost luată în considerare încă din perioadele de pionierat ale psihiatriei, delimitîndu-se progresiv cadrul, mai ales după conflagrațiile mondiale, cînd necesități nu numai teoretice, dar și militare au pus în lumină trăsăturile specifice ale acestei patologii. Acest context a generat descrieri princeps ale unor afecțiuni ca nevroza anxioasă (cordul iritabil, boala Da

Costa), delirul prizonieratului; dar și conturarea unor metode profilactice sau terapeutice, precum examinarea psihologică în masă (la selecția pentru marina militară S.U.A.) sau integrarea spitalului psihiatric de zi în sistemul organizatoric medical general (în timpul celui de al doilea război mondial, la trupele britanice din zona canalului de Suez). Din păcate cuceririle psihiatrice nu s-au oprit la domeniile amintite, în dotarea actuală a multor armate moderne existînd arme chimice cu efect psihedelic a căror acțiune halucinogenă și paralizantă a voinței creează veritabile psihoze artificiale, fiind socotite ca o importantă forță de șoc în cazul unui conflict.

1042. **ARMONIC** (fr. *harmonique*; cf. lat. *harmonicus* „armonios, bine proporționat") ● Calitate ce reflectă potrivirea, concordanța, consonanța, acordul elementelor componente ale unui tot, ale unui întreg, buna proporționalitate a părților, urmînd legile armoniei sau ale matematicii. Noțiunea, utilizată încă de pe vremea lui HERACLIT, este asimilată de filozofia dialectică ca modalitate prin care se manifestă lupta contrariilor și unitatea lor (spre deosebire de gîndirea metafizică, în care acestea sînt ignorate). KANT, BAUMGARTEN, GOETHE vorbeau de o armonie prestabilită, în sensul convergenței elementelor componente sau a funcțiilor unui ansamblu spre o unitate categorială. Dacă muzica și pictura (ca aproape orice creație umană) au insușirea de a fi armonice, cu atît mai mult personalitatea umană merită, în sfera normalității, această apreciere. Încercările de explicare a personalității prin structurile ei active, dintr-un punct de vedere mobil, flexibil, care ia în considerare ereditatea, dar și influențele educaționale și culturale, exprimă de fapt întregul complex bio-psiho-social determinant, fără de care personalitatea nu se poate forma și dezvolta armonic. Prin opoziție, dizarmonicul se referă la sensul și conținutul tulburării de personalitate, situîndu-se la limita graniței normalului cu patologicul → DIZARMONIE.

1043. **ARMONIL**(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1044. **ARN** ● Abreviere pentru acid ribonucleic.

- ARNm — abreviere pentru acid ribonucleic mesager;
- ARNr — abreviere pentru acid ribonucleic ribozomal;
- ARNs — abreviere pentru acid ribonucleic solubil;
- ARNt — abreviere pentru acid ribonucleic de transport.

1045. **AROMOTERAPIE** (cf. lat. *aroma* „miros plăcut, aromă"; gr. *therapeia* „grijă") ● Metodă terapeutică bazată pe efectul produșilor chimici mirositori din compoziția uleiurilor volatile (uleiuri esențiale). Deși rolul benefic al unor substanțe plăcut mirositoare a fost cunoscut din antichitate, acestea erau folosite de obicei numai ca parfumuri, săruri de mirosit etc.; fundamentarea aromoterapiei ca ramură a terapeuticii este de dată mai recentă, iar extinderea metodei ridică încă probleme legate de costul crescut al materiei prime — uleiuri volatile. Rezultatele bune obținute într-o gamă largă de afecțiuni, printre care și cele ale sistemului nervos, sînt, după unii autori, încurajatoare. Tulburările de origine psihosomatică, precum și o serie întreagă de tulburări nevrotice, pot beneficia cu succes de efectele aromoterapiei, care se dovedește utilă în combaterea asteniei, insomniilor, irascibilității, anxietății, tulburărilor de dinamică sexuală, cefaleei, tulburărilor neurovegetative etc. Mecanismul prin care acționează produșii chimici aromați este încă în curs de studiu, bănuindu-se o acțiune fie de tip homeopatic, fie de stimulare a zonelor reflexogene de la nivelul mucoasei nazale (cunoscută și de acupunctură). Dozele de ulei volatil administrat sînt foarte mici, de la una la cîteva picături, importantă fiind nu inghițirea substanței ci perceperea mirosului.

1046. **ARNOLD** — *nevralgie* ● Durere vie, acută, pătrunzătoare, descrisă de subiect ca iradiind din regiunea posterioară a gîtului spre craniu, în hemicască, datorată lezării ramului senzitiv posterior al nervului al doilea cervical, nervul Arnold, care inervează motor mușchii cefei și senzitiv scalpul pînă la cortex (ramurile C_1 și C_2 nu ating prin terminațiile lor regiunea gîtului). Durerea poate fi superficială, cu caracter de înțepătură (afectarea fibrelor superficiale ale nervului), sau surdă, exacerbată de mișcările gîtului și localizată mai difuz (afectarea fibrelor profunde). Cauza este de obicei o compresiune radiculară. Clinic, nevralgia Arnold se obiectivează prin apăsarea punctelor submastoidene, la emergența nervului cu același nume.

1047. **AROGANŢĂ** (fr. *arrogance*; cf. lat. *arrogantia* „pretenţii, aere, trufie") ● Atitudine negativă, egocentrică şi individualistă, de devalorizare nejustificată şi excesivă a altor persoane ; trufie insultătoare, sfidare şi dispreţ faţă de semeni, minimalizarea acestora (comportament arogant). Reprezintă o exacerbare nefirească a orgoliului, evidentă la personalitatea dizarmonică. Adeseori aroganţa reprezintă o formă de expresie sau de mascare a prostiei.

1048. **ARSENIC** (fr. *arsenic*; cf. gr. *arsenikon* „arsenic") ● Element chimic semimetalic (metaloid), ai cărui compuşi sînt foarte toxici. Intoxicaţia accidentală cu arsenic şi derivaţii săi produce o importantă simptomatologie psihică. Intoxicaţia acută este urmată de cefalee atroce şi delirium care evoluează episodic. Intoxicaţia cronică cu produşi arsenioşi se manifestă într-un prim stadiu prin dureri de cap, vertij, apatie, somnolenţă şi dezorganizarea de ansamblu a activităţii mintale. Tulburările mintale pot fi anterioare celorlalte semne ale intoxicaţiei, deseori luînd aspectul unui sindrom pseudonevrotic. Ulterior se remarcă excitabilitate, nelinişte şi confuzie. Tulburările mnestice sînt severe, luînd uneori forma unor psihoze Korsakov. Nevritele periferice se manifestă prin parestezii şi tulburări grave de sensibilitate.

1049. **ARTĂ ŞI PSIHIATRIE** ● Temă de referinţă, care a inspirat un ansamblu de cercetări şi preocupări ale unor specialişti din domeniile artei, psihiatriei, psihologiei, dezvoltate îndeosebi pe două direcţii : analiza producţiilor artistice ale bolnavilor psihici, în special a activităţii psihoplastice şi a mecanismelor sale psihopatologice ; demersul spre înţelegerea originii artei şi a semnificaţiei anumitor opere (H. AUBIN şi A. POROT). Încercările de elucidare a interferenţelor artei cu psihiatria se află încă în etapa de început, avînd de luptat cu terenul extrem de fragil şi complex al subactivităţii în creaţia artistică, dar şi cu numeroasele enigme care mai există încă în cunoaşterea psihismului, inclusiv din perspectiva metodelor ştiinţifice de abordare.

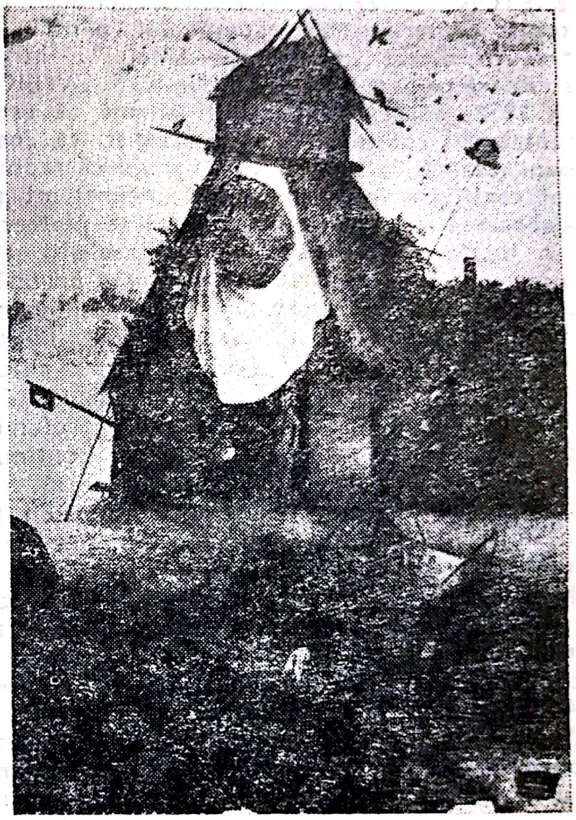
Arta, în toate formele ei clasice şi moderne, reprezintă în esenţă o formă de expresie, o procesualitate psihică intim legată de aspectul formal-estetic ; mulţi autori susţin că o teorie adevărată şi completă a artei trebuie să reunească latura psihologică cu cea estetică şi filozofică. În acest sens pledează nu numai studiile unor critici de artă, esteticieni, filozofi, dar şi cele efectuate de psihologi şi psihiatri. Astfel, în lucrarea sa „Geniul şi nebunia", MINKOVSKI se simte obligat să conchidă : „pe planul cercetării, arta şi psihiatria, în loc să se opună una celeilalte, se întîlnesc în sfîrşit".

Anticii credeau în originea divină a talentului ; clasicismul punea accent pe meşteşug, erudiţie şi daruri înnăscute ; romantismul cultiva geniul şi suferinţa, chinul interior. Creaţia, ca produs original, ieşit din serie şi nesupus legilor seriei, presupune nu doar entuziasm şi performanţe superioare, ci mai ales o înzestrare nativă care incită la descoperirea lumii în ceea ce are ea profund şi neobservabil. Talentul scurtcircuitează etape de experienţă şi se îmbogăţeşte prin experienţă. Talentul, şi în forma sa superioară geniul, presupun o acţiune sinergică a forţelor mintale şi spirituale. Arta, ca expresie a unui ideal de frumuseţe, înseamnă în acelaşi timp armonie şi rupere a formelor, descoperire a conţinuturilor şi îmbinarea lor paradoxală ; ca activitate umană arta se supune unor motive psihologice ; ca produs al activităţii umane arta este obiect de studiu pentru estetică. Vorbind despre motivele creaţiei în literatură şi pictură, J. GRENIER afirmă că ele constau într-un exces de vitalitate, de energie, exces care susţine căutările artistului îndreptate spre lume, spre descoperirea puterii şi secretului acestei lumi. Dincolo de mişcarea sa lăuntrică, de proiecţia ei în mişcarea lumii din afară, de intenţionalitatea pentru un anume produs finit, ceea ce doreşte şi realizează creatorul de artă este schimbarea haosului în cosmos.

Terenul fertil al artelor picturale (în special desenul) a fost „desţelenit" de mulţi cercetători, de la filozofi şi esteticieni (KANT, COMTE, HEGEL, MARX, TAINE, DIDEROT, NIETZSCHE, M. ELIADE, L. BLAGA etc.), pînă la specialiştii neurologi şi psihiatri (PRINZHORN, BÜRGER-PRINZ, BOBON, A. MARIE, REJA, VINCHON, FERDIÈRE, H. EY, C. ENĂCHESCU). Problema originii şi psihogenezei creaţiei artistice nu poate neglija şi nici trage o limită de demarcaţie între evoluţia omului, ca fiinţă ontologică, şi evoluţia civilizaţiei umane în ansamblu. De la desenele rupestre descoperite la Alta-Mira pînă la PICASSO există un spaţiu temporal considerabil dar, fără îndoială, şi un spaţiu psihosocial. De la reprezentările zoomorfe şi antropomorfe desenate pe suprafaţa pietrelor, pe bucăţi de piele sau pergament, pe vase de ceramică etc., pînă la picturile şi sculpturile moderne care nu ezită să folosească orice material cunoscut (lemn, oţel, sticlă etc.), sub orice formă (chiar şi obiecte casnice), creaţia artistică umană s-a dezvoltat şi diver-

sificat continuu, dar a rămas în esenţă pe o coordonată unică: reflectarea materiei, formelor, ritmurilor şi culorilor din lumea înconjurătoare prin intermediul propriului psihism. De la sensul magic al începuturilor culturii umane, pînă la valenţele de simbol ale unei idei, al unui complex ideo-afectiv, opera artistică oferă exemplul unei laturi a creativităţii umane in care analiza raportului cu psihologia şi psihopatologia, deşi implică multe cunoştinţe, fineţe şi discernămînt, este totuşi posibilă. Căile de abordare au fost extrem de diverse de-a lungul timpului, în funcţie de teoriile filozofice şi progresele ştiinţei care au dominat epoca respectivă.

Psihanaliza încearcă o explicare a modalităţilor creaţiei, de la fantasmă şi scenariu imaginar, pînă la produsul real finit capabil să trezească o emoţie artistică. După JUNG, tendinţa creatoare este o forţă naturală acaparantă, dincolo de răul şi binele existenţei comune. Această forţă este denumită de JUNG „complex autonom". Ar rezulta de aici că actul creator se supune în primul rînd unui imperativ inconştient, intenţionalitatea conştientă fiind secundară şi venind să organizeze un produs brut. JUNG consideră că arta în sine, ca ultimă expresie a frumuseţii, îşi este suficientă ei însăşi; sensurile apar dacă ne situăm pe poziţiile relaţiei dintre artă şi psihologie. Opera de artă în sine este o formă perfectă; ea nu spune nimic, în mod explicit, despre căile premergătoare; aceste căi se dezvăluie printr-o analiză a simbolicului, a metaforelor, a semnificaţiilor, a subtextului. Verbul primitiv, despre care vorbeşte Gerhart HAUPTMANN, este verbul prin care străbate pulsiunea, care trimite la imagini arhetipale sau la fantasme individuale inconştiente, încărcate de imagini arhaice, de simboluri colective. FREUD face o analogie între procesul creaţiei şi jocul copilului (scriitorul „creează o lume a fanteziei pe care o tratează cu multă seriozitate, adică investeşte în ea o mare încărcătură afectivă, distingînd-o net de realitate"). FREUD vede o legătură strînsă între creaţia artistică şi activitatea fantasmatică. Plăcerea pe care o produce opera literară (şi acest lucru se poate extinde la întreaga creaţie artistică) este în primul rînd o „plăcere preliminară", denumită de FREUD „premiu de seducţie" şi corespunde plăcerii estetice (scriitorul şi în genere creatorul deghizează reveria sa egoistă, această modificare producînd plăcerea formală sau estetică). Plăcerea propriu-zisă provine din faptul că opera artistică eliberează de tensiuni pe cel căruia i se adresează. În interpretare psihanalitică opera de artă ar fi „simbolizarea ultimă a unui conţinut pulsional inconştient". P. RICOEUR, în eseul său asupra lui FREUD (De l'interpretation, 1965) plasează nu doar arta şi cultura



Hieronymus Bosch

în genere, între Eros şi Thanatos, afirmînd că obiectul estetic „este unul din răspunsurile posibile ale lui Eros, dat pulsiunii morţii". Deosebirea între creatorul de artă şi ceilalţi ar consta în modul diferit de a se raporta la materialul fantasmatic; la creator această raportare se supune procesului de sublimare.

Suprarealismul în artă — curent care se revoltă împotriva ideologiilor represive şi a falselor valori — promovează imaginaţia ca resort principal în creaţie, postulează forţa energiilor profunde a căror sublimare este arta, pledează pentru libertatea acestei forţe împotriva rigorilor retorice clasice. Suprarealismul, curent de provocare şi scandal, face din dorinţă un resort principal şi proclamă forţa subversivă a Erosului, considerînd că arta este „o violenţă, un raptus, o metamorfoză dureroasă a corpului" (Xavier GAUTHIER). Se pare că toată imageria suprarealistă, în

Scanned with OKEN Scanner

multiplele ei forme, cu exacerbări ale detaliului și contaminări de conținuturi, se centrează pe trebuința de posesiune, pe transformarea lui „a fi" în „a avea". După ARAGON, „imaginea este un stupefiant, folosirea ei trebuie să fie dereglată și pasională". După BRETON, „imaginea este intraductibilă, ea scapă constrîngerilor Supraeului pentru a traduce direct impulsiunile Sinelui". Într-o scrisoare pe care FREUD o scrie lui S. ZWEIG, în 1938, autorul psihanalizei afirmă că este tentat să-i considere pe suprarealiști ca „nebuni integrali", FREUD considerînd că raportul cantitativ între materialul inconștient și elaborarea lui, în artă, trebuie să se păstreze „în limite determinate". Suprarealiștii au încercat o aducere la suprafață, poate brutală, a inconștientului, au stimulat puterea inconștientului, au încercat să folosească mecanismele inconștientului (vezi scriitura automatică), în esență ei au încercat să prindă, în artă, neliniștea stranie a psihismului profund. Este vorba aici de o afirmare a unor conținuturi psihice axiale care se încrucișează, se lovesc, caută o conciliere între imposibil și interzis, între tentație și imposibil, dar care nu își găsesc un echilibru stabil. Cum afirmă J. B. PONTALIS, „trăiască eșecul suprarealismului". Este curentul care scapă cel mai mult unui control conștient creator, în sensul clasic al expresiei de conștiință creatoare. Astfel, experiența artistică a suprarealismului devine o creație a paradoxului, un fel de reabilitare a automatismului și a puterii inconștientului, a fantasticului, a oniricului, a nonsensului ; este o eliberare a energiilor profunde care trimite deopotrivă la arta psihopatologică și la arta primitivă.

S-a vehiculat ipoteza tangenței geniului cu nebunia. Faptul nu presupune o identitate a drumurilor acestor personaje, din punct de vedere fenomenologic „geniul își depășește rangul, în timp ce alienatul își depășește cadrul (MINKOWSKI). Apropierea constă în faptul că ambii trec dincolo de un anumit sistem de limite și se plasează în excepțional. Diferența este însă esențială : opera de artă are caracter transpersonal și supraindividual, creatorul se angajează în destinul umanității. Forța care dezechilibrează se înrudește cu forța creatoare prin aceea că amîndouă sînt energii de smulgere, de ruptură. Creația perturbă adaptarea curentă, dar nu distruge realul, îi imprimă o mișcare transcendentă, dincolo de mișcarea comună a lucrurilor. Bolnavul mintal, și în special psihoticul, suportă o zdruncinare interioară care nu este nici revoltă spirituală, nici revoltă novatoare. Psihoticul regresează spre conținutul primitiv căruia îi dă o formă primitivă ; artistul sublimează acest conținut. Procesul alienării grave și procesul creației se pot atinge doar în măsura în care ele reprezintă două modalități extreme ale investirii și descărcării unei mari energi psihice în expresii care corespund, toate, unui ideal de frumusețe.

Mai aproape de formația medicală modernă, studiile de neuropsihologie normală și patologică, deși nu reușesc să ofere în întregime explicațiile dorite și așteptate, au încercat totuși o pătrundere fundamentală pe baze științifice (clinice, anatomopatologice, psihodiagnostice) mai ales către domeniul de expresie psihoplastică (în special desen.) Este remarcabilă, în acest sens, contribuția cercetătorului român C. ENĂCHESCU care, în urma unui studiu bine argumentat ajunge la concluzia că expresia plastică apare ca o formă de exteriorizare a conținutului intrapsihic global al personalității, cu aceeași valoare ca acea a limbajului oral și scris pentru procesul de comunicare interpersonală. Expresia plastică devine un mesaj, un „limbaj", un sistem simbolic informațional, neuropsihologic, în care funcția plastică este concepută ca parte integrantă a contextului funcțiilor simbolice mintale. Vehiculînd conținutul intrapsihic al individului, expresia reflectă personalitatea globală a acestuia.

Fără a intra în analiza artei „normale" ne propunem să facem cîteva referiri la arta patologică, mai precis la formele ei de reprezentare la bolnavii aparținînd unor categorii nosologice bine conturate. Redăm în acest sens schema generală neuropsihopatologică a desenului și a expresiei plastice (după C. ENĂCHESCU — „Expresia plastică a personalității") (tabelul XXV).

Afirmația lui H. EY că „nebunia nu produce opere de artă, ea nu este creatoare" rezumă întreaga esență a problemei.

În concepția lui J. BOBON și G. MACCAGNANI, producțiile plastice ale bolnavilor psihici se pot delimita în trei mari grupe :

- expresia plastică elementară (mîzgăleala, stereotipiile parakinetice grafice simple, formele geometrice simple, semnul plastic, desenul semn sau pseudoscrierea, desenul elementar) ;
- expresia plastică concretă (naturalismul reprezentativ, naturalismul simbolic) ;
- expresia plastică abstractă (abstractul prezentativ, abstractul simbolic).

Tabel nr. XXV

Proces		*Normal*	*Patologic*	
			Expresia plastică	*Desenul*
IDENTIFICARE		Recunoaștere	Parțială/absentă	—
		Denumire, definire, clasificare	Aproximativ incorectă/confuză	—
		Orientare	Parțială/incorectă/imposibilă	—
		Funcționalitate	Parțială/greșită/absurdă	—
REPREZENTARE		Formarea imaginii mintale	Parțială Defectuoasă Imposibilă	— — —
REPRODUCERE	HETERO-REPRODUCERE	Execuție	Parțială Greșită Imposibilă	Linii punctate, îngroșate, întrerupte, imprecizie, tremurat, subdimensionarea imaginilor/supradimensionarea lor, alungire orizontală/verticală
		Aranjare	Haotică Înghesuită Incorectă	Dispersiunea imaginilor/aglomerarea lor, suprapunere și transparență, răsturnarea imaginii
		Construcție	Incompletă Repetată Inadecvată Săracă	Nelegarea imaginii (contur deschis), deformare, perseverare, stereotipie, schematizare, mîzgăleală
		Spațiu	Tulburări de ritm, dezorientare dr./stg. în sus/în jos, imposibilitate parțială/totală a reprezentării spațiale	Tulburarea ritmului, a perspectivei, imagine hemispațială, descompunerea imaginii tridimensionale în imagine plană
		Sens	Incomplet/incorect/ fără sens	Disoluție, descompunere, mîzgăleală
	AUTO-REPRODUCERE	Schema corporală	Diverse tulburări	Transparență, asimetrie, disproporție, dublu profil asimetric

C. ENĂCHESCU oferă o clasificare care caută să armonizeze nosologia clinico-psihiatrică cu caracteristicile producției artistice psihopatologice :

- creația artistică imatură (oligofreni) ;
- creația artistică caracteriopatică (dizarmonici) ;
- creația artistică nevrotică (nevrotici) ;
- creația artistică psihotică : delirant-introspectivă (schizofrenici), senzitiv-extrospectivă (epileptici), cicloidă (psihoza maniaco-depresivă) ;
- creația artistică demențială (demențe).

O clasificare după criterii etiologice și topografice, deși prezintă avantaje psihodiagnostice, nu poate fi totuși decît relativă și eventual orientativă (în sindromul de hipertensiune intracraniană, în leziunile traumatice cerebrale, în leziunile vasculare și inflamatorii ale creierului și în procesele abiotrofice).

Scanned with OKEN Scanner

În oligofrenii, ca şi în demenţe, producţiile plastice se caracterizează prin stîngăcie şi absurd, prin dezordine (chiar dacă este vorba de simple mîzgălituri). Dacă în cazul unor oligofrenii grave poate surprinde cîteodată extra-

Anita Siegel

ordinarul decalaj între inteligenţa estetică şi nivelul intelectual global, în paralizia generală progresivă poate frapa semnificaţia erotică destinată unor simple figurări. Cea mai mare productivitate în arta psihopatologică o au schizofrenii; tablourile lor sînt încărcate de bizarerii, abstractizări, elemente non-figurative cu simbolizare morbidă, manierisme, construcţii schematice — căutînd simetria, grifonaje, încadrări şi detalii multiple, elemente fantastic-dereiste. Aceste tablouri nu sînt originale în sens artistic, ele sînt insolite iar stranietatea lor trimite evident la procesul morbid destructurant. Tot în desenele schizofrenilor apar aglutinări şi contaminări de conţinuturi, modificări patoplastice în forme combinate de om-plantă sau animal-om sau fiinţă-lucru (interesantă este aici înrudirea — aproape pînă la identitate — dintre aceste modificări patoplastice şi fenomenele particulare de tipul contaminării de conţinuturi în discursul Rorschach al schizofrenilor). F. MINKOWSKA distinge (pornind de la protocoale Rorschach şi extrapolînd apoi asupra experienţei artistice, în special în pictură) două modalităţi stilistice: modalitatea schizoid-schizofrenică (raţională), caracterizată prin izolare, Spaltung, abordare rigidă, abstractă, impersonală, şi modalitatea epileptoid-epileptică (senzorială), caracterizată prin elemente de legătură adezivă, proximitate, unire şi ruptură brutală, explozivă (vezi analiza făcută de MINKOWSKA tablourilor lui Van GOGH, în care predomină trăsătura senzorială, unele elemente din seria schizoid-schizofrenică). Concluzia pe care o trage autoarea (ca şi JASPERS) analizînd lumea formelor şi lucrărilor lui SEURAT, Van GOGH, GAUGUIN ca şi studiile lui DUPRÉ asupra depresiei melancolice de care suferea Victor HUGO, delirul terminal al lui GAUGUIN, toxicomania lui MODIGLIANI, „ciudăţeniile caracteriale" ale unor CÉZANNE şi DELACROIX — nu fac decît să ridice întrebări în legătură cu relaţia dintre structura dizarmonică a personalităţii, fenomenul psihopatologic şi artă. Sînt bine cunoscute în prezent efectele psihostimulentelor asupra creativităţii, dintre care alcoolul este cel mai banal (în picturile alcoolicilor apar imagini cu caracter fantastic, terifiant, mişcările sînt dezorganizate şi ameninţătoare, ele trimiţînd la viziunile zoopsice, la trăiri delirant-halucinatorii). Dezagregarea psihică sub influenţa haşişului (remarcabile mărturii ne-a lăsat în acest sens MOREAU de TOURS), mescalinei şi LSD-ului au constituit obiectul unor cercetări experimentale care s-au materializat şi grafic prin imagini fantastice, viziuni mistice sau erotice, tratate într-o manieră naivă şi stîngace. Psihozele paranoice reflectă în producţiile lor artistice trăsăturile de ax ale personalităţii şi nivelul său morbid: neîncredere, orgoliu nemăsurat, delir de invenţie sau revendicare etc. Psihozele afective nu sînt *„productive"* decît prin forma lor (hipo)maniacală, datorită componentei hiperactivităţii grafice al cărei conţinut este oglinda euforiei, autostimei crescute, tendinţei lucide şi excitaţiei pe plan sexual.

Arta psihopatologică este proiecţia unei personalităţi anormale, modificate structural şi existenţial. Această artă nu reprezintă rezultatul unui proces creator autentic dar ea nu este, în exclusivitate, rezultatul unui proces morbid; nu toţi bolnavii psihici pictează sau scriu; maladia mintală, prin ea însăşi, nu constituie un resort al creaţiei morbide; există, fireşte, încă ceva, anumite trăsături de perso-

Scanned with OKEN Scanner

nalitate, un ansamblu de trebuințe specifice unor modalități de expresie artistică pe care simptomul o modifică dar nu o generează. Bolnavul psihic creator este în dezacord cu sine și cu desfășurarea sa în lume. Patoestetica — ramură desprinsă din arta psihopatologică — studiază comparativ creația artistică din patologia mintală, arta infantilă și primitivă, arta modernistă (expresionismul, suprarealismul). Arta psihopatologică ar putea fi o reîntoarcere la forme de artă primitivă.

Concepută ca instrument terapeutic și ca metodă nonverbală, bazată pe desen și creație psihoplastică, arta a îmbrăcat forma unei „terapii" (→ARTTERAPIE), ca metodă specializată și complexă de psihoterapie ocupațională, individuală sau de grup, în tratamentul și reabilitarea tulburărilor psihice. Eficiența sa constă atît în dubla funcție a operei picturale, de semnificație și de comunicare, cît și în rolul de reabilitare-resocializare.

După cum se exprimă H. AUBIN și D. POROT, muzica, deși „bogată în promisiuni, nu a fost deloc exploatată decît în mod foarte empiric, doar în activitatea de reeducare a psihomotricității prin găsirea ritmurilor favorabile", utilizarea meloterapiei ca formă de artterapie, ca și a coregrafiei sau a altor forme de expresie artistică, nebucurîndu-se încă de o utilizare la parametrii lor maximi. Alte forme de expresie artistică (sculptura, fotografia etc.) își așteaptă revitalizarea potențialului lor psihosocial, iar psihiatria va trebui să învețe din ce în ce mai bine să le cunoască și să le aplice în acțiunile sale de psihoigienă, psihoprofilaxie și terapie.

1050. **ARTAN(M)** S.U.A. — DCI *Trihexifenidinum* ● Antiparkinsonian sin. → ROMPARKIN(M) România.

1051. **ARTEFACT** (fr. *artefact* ; cf. lat. *artis facta* „efecte ale abilității, ale îndemînării") ● Structurare a unui fenomen în mod accidental sau artificial, care poate apărea în cursul unei experiențe sau observații efectuate asupra unui fenomen natural, ca și în cursul unei investigații sau explorări. După HOLZINGER, este un pseudoconstituant. Termenul este utilizat frecvent pentru denumirea imaginilor false care apar în înregistrările obținute prin investigații (EEG, EKG, RX etc.). În cibernetică este folosit pentru semnalul parazit supus unei informații în semnificația căreia joacă un rol nul sau negativ.

Și în psihiatrie se poate vorbi de artefacte în gîndire, după cum și iluziile ar putea fi considerate drept artefacte.

1052. **ARTEFACTA DERMATITIS** ● Dermatită ușor de recunoscut, determinată de leziuni prin grataj care se produc în timpul somnului. Zonele afectate cel mai frecvent sînt mîinile, abdomenul, picioarele și uneori fața. Mecanismul de producere este de tip impulsiv, asemănător TRICOTILOMANIEI.

1053. **ARTEFACTE (EEG)** ● Modificări apărute pe traseul electroencefalografic, nedatorate activității cerebrale normale sau patologice. Cauzele artefactelor sînt foarte variate reprezentînd o sursă de eroare, a cărei frecvență scade proporțional cu gradul de experiență al examinatorului. Uneori este vorba de lipsa de cooperare a subiectului (nepregătit psihologic, anxios, copil), alteori modificările au la bază o cauză fizică (curentul de sector), dar mai frecvent se constată artefacte de cauză biologică. Acestea sînt determinate de înregistrările activității bioelectrice a mușchilor scalpului, feței, cefei (electromiograma), a cordului (electrocardiograma în special în montajul transversal, pe derivațiile posterioare) ; alteori un electrod poate capta și înregistra pulsațiile unui vas subiacent. Unde lente cu amplificare mare, avînd sediul în special în derivațiile anterioare, sînt manifestări ale mișcărilor globilor oculari (artefacte oculare). Dacă pielea capului este transpirată pot apărea artefacte sub forma unor unde lente și ample.

Alte numeroase artefacte au cauză mecanică : deplasarea unui electrod sau a firelor de legătură, tremurul capului.

1054. **ARTENSOL(M)** Columbia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

1055. **ARTERIOGRAFIE** (cf. gr. *arteria* „arteră" ; *graphein* „a scrie") ● Metodă radiologică de diagnostic care folosește un mediu de contrast, de obicei, o substanță triiodată. Îndeosebi arteriografia cerebrală a devenit unul din procedeele uzuale și de mare importanță, de radiodiagnostic în neurochirurgie. Contraindicațiile ei constau în intoleranță la iod, cardiopatii decompensate, arterioscleroză avansată, starea de comă și accidentele vasculare acute. Folosirea metodei este indispensabilă în diagnosticarea unei formațiuni expansive intracraniene, a malformațiilor vasculare, în accidentele vasculare cerebrale vechi și în

traumatologia craniocerebrală. Ca tehnică de efectuare a arteriografiei se descriu două metode:

- una indirectă, practicată în cazuri cu indicații speciale, care constă în intro-

ducerea unei cantități mai mari de substanță iodată prin cateterizarea unei artere periferice (humerală sau femurală), obținîndu-se o angiografie totală a encefalului;
- metoda directă în care se puncționează arterele carotidiene sau vertebrale de la gît, introducînd direct în sistemul circulator cerebral o cantitate redusă de substanță de contrast.

De obicei se efectuează două clișee, de față și de profil, dar pentru detalii se folosesc și incidențe de 3/4 sau tenhica seriografică, cînd se obțin variate faze ale circulației cerebrale. Se urmăresc: tipul de circulație arterială, calibrul și integritatea morfologică a vaselor, existența zonelor avasculare sau, dimpotrivă, injectarea patologică de neoformație sub forma vascularizațiilor în exces cu caracter anormal, deplasări și derulări de vase. Un diagnostic corect necesită ca interpretarea clișeelor să fie făcută pe baza cunoașterii radioanatomiei normale și patologice a arborelui vascular cerebral și a tehnicii de efectuare a arteriografiei.

1056. ARTERIOSCLEROZĂ CEREBRALĂ (cf. gr. *arteria* „arteră"; *skleros* „dur"; lat *cerebrum* „creier") (ASC) • Entitate nosologică separată din grupul mare al demențelor senile în urma studiilor lui KLIPPEL și LHERMITTE. Separarea de entitățile apropiate (demențe senile, presenile) a avut în vedere, în principal, datele anatomopatologice. Diferențierea de demențele cu expresie neurologică pură se bazează tot pe aspectul histologic: în demențele vasculare, leziunile corticale sînt multiple și minime, cu caracter difuz, în opoziție cu leziunile focale din afecțiunile neurologice Procentul demențelor vasculare este de 20—40% din totalul demențelor. Una din caracteristicile principale o constituie evoluția ondulatorie.

Anatomia patologică, caracteristică arteriosclerozei cerebrale, descrisă pentru prima dată de LOBSTEIN (1833), evidențiază o indurație macroscopică a arterelor. Se diferențiază: ateroscleroza sau arterioscleroza — infiltrație lipidică a peretelui vaselor mari și mijlocii și arterioscleroza — proces care afectează arterele mici, consecință a unei hipertensiuni sistemice. La nivelul creierului se descriu trei tipuri de leziuni arteriale:

- arterioscleroza comună — fenomen apropiat de îmbătrînirea normală a arterelor — constă într-o îngroșare a intimei și o depunere fibrocalcică în perete dînd artera în „tub de pipă". Afectarea vaselor cerebrale apare în general tardiv, la aproximativ 70 de ani;
- arterioscleroza patologică — se leagă de anomalii metabolice, glucidice și lipidice ale endarterei. Degenerescența intimei determină formarea plăcii de aterom. Localizarea electivă a acesteia este la nivelul vaselor mari ale gîtului și al poligonului Willis;
- leziuni arteriale elementare proprii sistemului nervos central — angiopatia congofilă, angiopatia distrofică, depozitele calcice ale maladiei Fahr.

Leziuni parenchimatoase cerebrale:

- Accidentele embolice sau hemoragiile cerebrale sînt determinate de ateromatoza vaselor mari. În general, leziunea este în funcție de intensitatea, durata și extinderea deficitului circulator. În cazul cînd acesta este global, de intensitate medie și de durată limitată — se produce necroza ischemică Spielmeyer cu lezarea celulelor ganglionare. Cînd deficitul este localizat, dar brutal și de intensitate mare, se produce „necroza de lichefiere"

cu ramolisment alb sau roşu limitat la un teritoriu vascular definit.

- Ischemia lentă şi progresivă (creierul vascular) determină leziuni diseminate, multiple, în macrofocare situate în cortex şi/sau în nucleii cenuşii. Cicatricele retractile ale acestor leziuni sînt responsabile de stările verucoase (SPATZ) şi de atrofiile granuloase.
- Boala hipertensivă creează, în afară de ramolismente şi hemoragii, o encefalopatie hipertensivă caracterizată prin sclerohialinoză arterio-capilară; este răspunzătoare de apariţia unor numeroase focare micromalacice (encefalopatia subcorticală Binswanger).

Fiziopatologie. Consecinţa arteriosclerozei cerebrale este o insuficienţă circulatorie relativă cu hipoxie tisulară. Un rol important în gravitatea, localizarea şi răsunetul leziunilor ischemice este ocupat de existenţa căilor arteriale colaterale. Măsurarea debitului sanguin cerebral şi a consumului de oxigen la subiecţii cu ASC arată valori scăzute, existînd un raport între aceste cifre şi gravitatea tabloului clinic. În afara factorilor circulatori, în geneza involuţiei cerebrale se acordă astăzi importanţă neuromediatorilor centrali.

Clinic, se pot distinge mai multe stadii:

- Manifestări psihice premonitorii;
- sindrom neurastenic — cu fatigabilitate intelectuală, tulburări prosexice şi mnezice, insomnii, iritabilitate, hiperemotivitate. Testele psihologice confirmă deficitul prosexo-mnezic. Examenul clinic şi paraclinic evidenţiază hipertensiunea arterială, uneori atingere cardiovasculară, arteriopatie retiniană, hiperlipidemie şi hipercolesterolemie;
- tulburări de dispoziţie şi caracter; anxietate, idei de incapacitate, sensibilitate exacerbată, uneori stări depresive, alteori agitaţie hipomaniacală predominent nocturnă sau idei delirante — persecuţie, gelozie;
- stări confuzionale frecvente, uneori de aspect minor „claudicaţie intermitentă cerebrală", „psihoplegie" (LOGRE şi DESHAIES). Alteori au un aspect mai grav, cu dezorientare, fugă, apariţie predominent vesperală. Accesele sînt de scurtă durată, reversibile. Sînt însoţite de delir oniric anxios, care uneori poate fi dominant — delirul cronic al subiecţilor în vîrstă, cu teme de persecuţie, descris de REGIS. Aceste manifestări apar în cadrul unor ischemii pasagere. Atunci cînd sînt secundare unui ictus, tabloul clinic cuprinde semne neurologice (paralizie, atingerea funcţiilor simbolice), obnubilare, tulburări mnezice, delir oniric, care pot evolua către un deficit intelectual profund.

- În perioada ASC constituit:
- formele cu tulburări neurologice;

— Paralizia pseudobulbară descrisă de THUREL (1929): debutul este precoce, iar evoluţia lentă şi progresivă; simptomatologia constă în dizartrie, disfagie, facies imobil, rîs şi plîns spasmodic. Examenul neurologic evidenţiază afectarea nervului facial şi abolirea reflexelor facio-linguo-faringiene.

— Sindromul lacunar Pierre-Marie — datorat unor focare microscopice de ramolisment, survine în urma mai multor ictusuri hemiplegice urmate de recuperare parţială. Simptomele constau în pareza membrelor inferioare, cu mers cu paşi mici, Babinski bilateral, dizartrie, labilitate emoţională. Deficitul intelectual poate evolua spre demenţă.

— Paralizia de flexie Alajouanine, asemănătoare cu cea precedentă, datorată unor leziuni vasculare cerebrale difuze; alătură tabloului demenţial o contractură în flexie, secundară fixată prin retracţie tendinoasă.

— Rigiditatea musculară Foerster, este un sindrom parkinsonian de origine vasculară.

- demenţele vasculare sînt datorate unor leziuni minime şi multiple. Acestea sînt:

— Demenţe senile vasculare pure — reprezintă 20% din formele de demenţe senile. Leziunea constă într-o demielinizare difuză a substanţei albe realizînd encefalopatia subcorticală Binswanger. Corespunde unei demenţe profunde, cu tulburări mnezice globale şi de funcţii simbolice.

— Demenţe vasculare presenile datorate unor leziuni de atrofie granulară; semnele particulare ale demenţei sînt: atingerea funcţiilor simbolice şi dificultatea comunicării.

— Demenţele vasculare focale dau tablouri clinice diferite după sediul focarului de ramolisment.

Diagnostic. Semnele caracteristice afecţiunii sînt: evoluţia ondulantă, păstrarea conştiinţei

bolii, semne neurologice de focalizare, cardio- sau vasculopatia, tulburări de metabolism lipido-glucidic. EEG dă date în formele focalizate. Alte investigații : studiul funcțional al circulației cerebrale (DOPPLER), arteriografie, tomodensitometrie. Diagnosticul diferențial se face cu alte procese organice cerebrale ale subiectului în vîrstă — demențe presenile (Pick, Alzheimer) și senile.

1057. **ARTHUR GRACE**(T) — *scala* ● Scala de performanță pe puncte Arthur (A point scale of performance tests) reprezintă o metodă psihologică de măsurare a inteligenței generale după modelul scalelor pe puncte (cote brute obținute la probele constitutive transformate în puncte, suma acestora fiind convertită în vîrstă mintală) ; este valabilă de la 3 la 15 ani și este constituită din probe nonverbale, de performanță, ceea ce permite aplicarea și la subiecți timizi, inhibați, surdo-muți, fiind foarte mult utilizată în practică. Scala de performanță Arthur a fost elaborată în două variante : prima formă datează din 1925, iar a doua formă, revizuită (cuprinzînd cinci din cele nouă teste inițiale, precum și standardizarea și etalonajul definitiv), din 1947. Etalonarea s-a făcut pe vîrste mintale, atît pentru scala în ansamblu, cît și pentru unele teste separate (ceea ce permite aplicarea lor în mod izolat în condiții de timp insuficient sau pentru o examinare rapidă). Testele constitutive bateriei Arthur sînt următoarele : cuburile Kohs ; planșetele Seguin (aranjare de forme geometrice decupate pe planșe prezentînd forma decupației) ; labirintele Porteus ; testul de completare de imagini Healy II (planșă pe care sînt reprezentate 11 secvențe succesive ale unei activități cotidiene, în fiecare din ele existînd o singură lacună) și testul șablon Grace Arthur (Stencil design test), cu funcții similare cuburilor Kohs (testul șablon cuprinde 20 desene în culori, subiectul trebuind să reproducă colorația prin suprapunere de șabloane-cartoane, dintre care unele sînt colorate, iar altele monocrome, 12 cartoane fiind decupabile și permițînd astfel reconstituirea modelelor). Cele mai multe probe ale scălii G. Arthur au fost preluate din scala de performanță Pintner-Paterson (1914). Între rezultatele la scala Arthur și scala Stanford-Binet s-au obținut corelații de la 0,50—0,80

1058. **ARTHUS**(T) *test* ● Metodă de investigare a resurselor imaginativ-creatoare ale copiilor, concretizată în diferite modele de concepere a unui sat (pe baza unor elemente componente care le sînt oferite).

1059. **ARTIFAR**(M) Grecia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.

1060. **ARTIFICIAL** (cf. lat. *artifiicum* „măiestrie, artă") ● Sensul curent al cuvîntului „ceea ce nu este natural, este produs de activitatea umană" este lărgit în psihiatrie cu semnificația de provocat, făcut. BAUDELAIRE folosește, probabil primul, termenul de artificial pentru a descrie efectul psihotropelor — respectiv al hașișului — în celebrele sale „Paradisuri artificiale" (lucrare care, prin finețea analizei trăirilor și prin geniul poetic al autorului, rămîne inegalabilă). În același sens se vorbește de somn artificial atunci cînd somnul este provocat de somnifere sau prin mijloace fizice. Termenul îmbracă uneori sensul de inautentic, de lipsit de naturalețe. Astfel, anxietatea rămîne pentru observator o stare care pare artificială, oricît de intens ar fi trăită de subiect. Comportamentul isteric este apreciat de mulți autori ca artificial, lipsit de naturalețe și firesc, fără autenticitate. Limbajul artificial, în care construcțiile verbale, sintaxa și morfologia sînt subordonate procesului disociativ, este specific schizofreniei, în care nu numai comunicarea verbală, ci și cea mimico-gestuală îmbracă același caracter.

1061. **ARTIFICIALISM** (cf. lat. *artificium* „măiestrie, artă") ● În concepția lui PIAGET — etapă în dezvoltarea intelectuală a copilului, în care acesta atribuie obiectelor naturale o geneză artificială. Fenomenele și obiectele naturale sînt, după credința copilului, realizate de oameni în scopuri utilitare.

1062. **ARTIFICIU** (cf. lat. *artificium* „măiestrie, artă") ● Conduită disimulatorie prin care subiectul se apără de examinarea psihică. Artificiile au fost clasificate de COURBON în : negație, dilatație, interogație, acuzație ironie, dezipsicență, deficiență exploratorie, reticență de conveniență.

1063. **ARTISTIC** — *tip* ● Psihotip care, pornind de la tipologia pavloviană, se caracterizează prin : intuitivitate, imaginație bogată alimentată de stocajul mnezic predominent imagistic, percepții vii, electivitate și analiză fină în observație, emotivitate crescută și labilă. Se consideră că la persoanele din această categorie există o asinergie între cele două emisfere cerebrale, cu dominanța emisferei drepte.

1064. **ARTOLON**[M] Olanda — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativă-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd realiza un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT[M].

1065. **ARTTERAPIE** (cf. lat. *ars* „artă"; gr. *therapeia* „grijă") (Terapie prin artă) ● Ansamblu de metode şi tehnici bazate pe stimularea (pe cît posibil organizată, individuală sau colectivă) posibilităţilor de exprimare artistică a bolnavilor psihici, în scop psihoterapeutic circumscrisă terapiilor creativităţii (→PSIHOTERAPII). Este o formă de psihoterapie complexă şi specifică, în sensul că foloseşte mesaje nonverbale, care merg de la căile de expresie plastică (desen, pictură, modelaj, artizanat, ceramică, sculptură) şi muzicală (audiţii colective, interpretări de piese muzicale de către subiecţi etc.), pînă la mijloacele dramatice de expresivitate mimico-gestuală scenică şi coregrafică. Oferind posibilităţi reale şi autentice de resocializare a bolnavilor psihici, este indicată în orice afecţiune, cu excepţia stărilor de deteriorare masivă, a stărilor de agitaţie psihomotorie, negativism accentuat, epilepsie, confuzie mintală şi a celor asociate cu maladii somatice invalidante.

Artterapia implică două aspecte: producţiile artistice spontane sau solicitate de medic (ca adjuvant al tratamentului psihiatric) şi influenţarea subiectului prin receptarea operei de artă. După cum susţin numeroşi specialişti (VOLMAT, PESSIN, FRIEDMANN, OBIOLS, NAUMBURG, ROSOLATO, BERGERSON), mesajul plastic este încărcat de valenţe terapeutice: descărcarea unor tensiuni latente, conflicte, dorinţe şi complexe; diminuarea anxietăţii; generarea încrederii în forţele proprii; dezvoltarea de gusturi şi vocaţii noi; întărirea Eului; ameliorarea comportamentului şi comunicării interpersonale; atenuarea traumatismului internării prelungite şi favorizarea aplicării altor terapii (psihotrope, biologice etc.). Utilizată iniţial în reeducarea copiilor cu sechele postencefalitice, a afazicilor şi neadaptaţilor, terapia prin expresie plastică s-a extins ca tratament şi la adulţi (nevrotici şi psihotici) începînd cu primele decenii ale secolului al XX-lea. MAYER şi PANETH utilizează, în 1929, desenul; HILL, între 1939—1944, creează un puternic centru de interes şi deconectare pentru bolnavi şi infirmiere, sub forma unei biblioteci circulante de tablouri. La Barcelona, OBIOLS a fixat tehnica psihoterapeutică prin „arta psihopatologică" (Anvers, 1962), arătînd că expresia plastică are o acţiune centripetă asupra creatorului, uneori benefică, alteori malefică, ea dezvăluind în manieră directă simboluri originare ale inconştientului şi avînd o putere catartică largă.

Cele mai utilizate forme ale artterapiei sînt:

- metoda desenului tematic (inspirată de tehnicile proiective, TAT, testul pomului, Rorschach);
- metoda desenului după model;
- metoda desenului liber (cea mai specifică formă de artterapie, în cursul căreia subiectul execută lucrări tematice libere şi originale, sub supravegherea echipei terapeutice);
- metoda picturii digitale („finger painting") care utilizează materialul pictural prin contact senzorio-digital similar activităţii artterapice de modelaj şi sculptură (SHAW, FLEMMING);
- metoda artterapiei familiale (H. EY, KWIATKOSKA);
- metoda activităţii colectiv-unice (constînd din executarea unei lucrări de mari proporţii, concomitent, de către mai mulţi subiecţi).

Contaminarea, rezistenţa colectivă, tendinţa la singularizare şi chiar cea distructivă constituie accidente posibile în cursul artterapiei.

Mai veche sub raport istoric (LIEUTAUD, 1776) este citată muzica, printre procedeele de calmare; SÉGUIN (1840) a utilizat-o pentru reeducarea idioţilor; meloterapia cunoaşte astăzi un interes crescut datorită economicităţii metodei, virtuţilor ei terapeutice (efecte neurovegetative, somatice şi mai ales afective) şi unei largi aplicabilităţi (practic este şi mai veche, marchizului de Sade datorîndu-i-se prima întrebuinţare expresivă a teatrului în scop terapeutic, pe baza constatării valorii catartice a jocului dramatic. Psihodrama (J. MORENO, 1921) este cea mai celebră tehnică terapeutică. Cuprinde trei părţi (punerea în temă, jocul dramatic colectiv, bazat pe un scenariu improvizat, discuţia finală) şi foloseşte jocul dramatic liber, spontaneitatea şi improvizaţiile scenice ale bolnavilor-actori, în care intervine pentru a conduce jocul un

personaj neutru (psihoterapeutul). Astfel, conflictele personale și tensiunile sînt exteriorizate și, grație acestor abreacții, subiectul se înțelege și se transformă pe măsură ce el se (re)cunoaște. Psihodrama are dubla accepțiune, de tehnică psihoterapeutică și de metodă de cercetare și diagnoză a personalității. Reprezentația scenică (DARS și BENAIT, 1964) este o metodă catartică bazată pe transpunerea scenică de texte literare sau dramatice, cu deprinderea formelor de expresivitate mimicogestuală sau îndrumarea unui monitor de artă dramatică.

Artterapiile se desfășoară în spații special amenajate din cadrul spitalelor psihiatrice și al staționarelor de zi, dar minimum de terapie prin artă se poate realiza în orice unitate sanitară prin expoziții de tablouri, gravuri sau colaje, prin stații de amplificare cu benzi sonore selectate adecvat.

1066. **ARUGAMA** ● Tehnică utilizată în terapia Morita în Japonia, foarte apropiată de imersie. Această tehnică controlată, aparținînd terapiilor comportamentale, are rădăcini tradiționale în cultura japoneză. Este folosită în stările fobice.

1067. **ARVYNOL(M)** Anglia, Japonia — DCI *Etclorvinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-pentan-4-in-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă și anticonvulsivantă. Indicat în nevroze anxioase și cenestopate, afecțiuni psihosomatice.

1068. **ASAMBLAJ(T)** *test* ● Testele de asamblaj (originate în modelul lui J. L. STENQUIST) fac parte din categoria testelor nonverbale și de performanță, fiind utilizate independent sau ca probe constitutive ale unor baterii psihometrice în scopul evaluării unor aptitudini de tipul dexterității, imaginației sau al gîndirii constructive, cît și al unor calități ale proceselor psihice ca rapiditatea atenției și a percepției spațiale sau memoria formelor. Se mai aplică și în scopul decelării unor eventuale deficiențe de natură organică sau funcțională. Materialul de testare poate fi de ordin figural, simbolic sau semantic : figuri geometrice decupaje, șabloane, cartonașe reprezentînd imagini sau fragmente de imagini, litere sau silabe imprimate pe piese separate etc. Exemplul tipic pentru asamblare este dat de jocul puzzle. Testele de asamblaj fac apel la operațiile de clasificare, de înseriere (după diferite criterii ; culoare, formă, utilitate, greutate, mărime etc.), de translație ș.a.m.d., iar instructajul constă în solicitarea de reconstituire (după model), de construcție (îmbinare după criterii prestabilite sau personale) sau de completare (de forme decupate, de povestiri din imagini sau de cuvinte din silabe). Din seria testelor de asamblaj fac parte : ovalul lui Bize ; decupajele lui Block, Wiggly, Paterson, Pinner și Knox ; testul de completare de imagini Healy I și II ; testul manechin Pintner ; testul profil Knox și Kempf ; testul de asamblare om-profil-mînă din bateria Wechsler etc. Testul mozaic Lowenfeld Margareta este un test proiectiv-constructiv, în care se cere subiectului să construiască un model folosind cîte piese dorește din 456 figuri geometrice plate și colorate în șase culori, pe care le are la dispoziție. Dintre bateriile de creativitate care fac apel la asamblaj, semnalăm bateria lui Tourance (1972) și a lui G. Meunier, ultima prezentîndu-se sub forma a patru jocuri de figuri, în care subiecților li se cere să descrie figurile, să le interpreteze și să realizere comparații prin asamblare.

1069. **ASATIANI** — *metodă* ● Variantă psihoterapeutică a hipnocatarisisului Breier, prin care se încearcă reconstituirea și repetarea evenimentului psihotraumatizant sub controlul medicului. Sugestia terapeutică se face în sensul lichidării simptomului în mod gradat.

1070. **ASCENDENȚĂ** (cf. lat. *ascendere* „a se urca", a se ridica, a se înălța") ● Tendința unor personalități accentuat volitive sau cu un Ego hipertrofiat de a se impune în fața celorlalți în sens de autoritate morală sau de instanță critică, de a influența pe ceilalți în virtutea unei superiorități (de ordin intelectual, moral, social etc.) reale (autentice) sau artificiale (asumate în mod aprioric). În psihopatologie o pseudoascendență manifestă personalitățile dizarmonice de tip paranoiac, isteric și narcisiac.

1071. **ASCETISM** (cf. fr. *ascétisme* ; cf. gr. *askein* „a exersa") ● În sens propriu, ascetismul este o metodă morală avînd drept scop stăpînirea dorințelor, satisfacerea minimă a instinctelor și dominarea senzațiilor plăcute sau dureroase. Ascestismul apare la adolescent ca rezultat al fricii de sexualitate și ca un mod de apărare față de aceasta. La această vîrstă se poate întîmpla ca, purtați de „tendințele naturale", o serie de tineri să se lase atrași de practici preconizînd un ascetism riguros (Yoga, Zen, vegetarieni — Ph. MAZET). Ascetismul se mai poate întîlni ca formă extremă a masochismului, la unii paranoici hipocondriaci

sau în dizarmonii severe de personalitate, ca și în mediile subculturale.

1072. ASCHAFFENBURG Gustav (1866—1944) ● Psihiatru german, elev al lui MEYNERT la Viena, lucrează ulterior sub conducerea lui KRAEPELIN, în perioada cînd acesta își desfășoară activitatea la Heidelberg. Din 1903 și pînă în 1934 este șef al catedrei de psihiatrie din Köln, perioadă fertilă în care va conduce redactarea unui celebru manual de psihiatrie (conținînd și articolul lui BLEULER asupra „grupei schizofreniilor"), care va rămîne în istorie sub numele coordonatorului. Are de asemenea preocupări deosebite legate de aspectele medico-legale ale psihiatriei, publicînd, în 1903, lucrarea „Crima și reprimarea ei", iar în 1928 „Psihiatrie și legislație". În același context se preocupă de alcoolism și delirurile de revendicare.

1073. ASCHAFFENBURG(s) *semn* ● Purtarea unei conversații la telefon în absența partenerului de discuție. Puțin frecvent, poate fi intîlnit în halucinoze și delirium tremens.

1074. ASCHEMATIE ● Termen introdus de BONNIER (1905), ieșit din utilizarea curentă, pentru a descrie pierderea capacității gnozice a figurării spațiale și a definirii topografice.

1075. ASCHNER — *metodă* ● Metodă de terapie biologică introdusă în deceniul patru al secolului nostru de către medicul vienez ASCHNER. Acesta considera că schizofreniile ar fi rezultatul unui proces de „autointoxicare" generală a organismului. De aceea, după o minuțioasă explorare biologică a subiectului, el efectua o „eliberare digestivă completă", prin administrare de doze mari de emetice și purgative, de 2—3 ori pe săptămînă. Metoda a fost puțin utilizată (practic numai de către autorul ei) datorită atît eronatei fundamentări științifice a principiului pe care se bazează, cît și brutalității ei. Ameliorările raportate se datorau efectului psihoterapic.

Menționăm această metodă, pentru că aduce încă un argument al efectului salutar al psihoterapiei în afecțiunile psihotice, cu rezerva că ea intervine benefic numai în perioadele de „stingere" a procesului acut.

1076. ASCOLECITIN(M) România ● Produsul conține fosfolipide totale (de proveniență vegetală) și acid ascorbic. Fosfolipidele intră în alcătuirea unor elemente celulare, constituind rezerve energetice, și intervin în diverse procese metabolice celulare. Vitamina C, asociată, amplifică rolul metabolic al Ascolecitinei. Acționind ca sursă de energie și ca participant în procese metabolice, produsul are efect tonic — reduce astenia, mărește capacitatea de efort fizic, favorizează creșterea și dezvoltarea organismului. Efectul asupra sistemului nervos central este indirect, prin acțiunea tonică generală. Realizează astfel creșterea capacității de concentrare și a randamentului intelectual, ameliorează dispoziția. Este indicat în boli fizice astenizante, convalescență, efort fizic prelungit, precum și în unele afecțiuni psihice: surmenaj, stări asteno-nevrotice, intîrziere în dezvoltarea intelectului la copii, arterioscleroză cerebrală incipientă. Nu are efecte adverse, cu o singură contraindicație majoră, diabetul.

1077. ASCOSERP(M) Austria — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

1078. ASCUNS(D) *delir* — sin. DISIMULAT(D) delir ● Fază „asimptomatică" a delirului, caracterizată printr-o anumită atitudine a subiectului față de convingerile sale delirante. În faza de închistare a delirului, fără a avea o critică clară a acestuia, subiectul nu-l mai expune, avînd o atitudine reticentă față de persoanele din jur și de examinator. Evidențierea acestei faze necesită o abilitate deosebită din partea psihiatrului, cu atît mai mult cu cît subiectul își ascunde cu grijă antecedentele. De altfel, prezentarea la medic, în această fază, este destul de rară, pentru că subiectul se consideră normal, opinie împărtășită și de cei din anturajul său obișnuit.

1079. ASEDIERE DELIRANTĂ BILZ ● Simptom al psihozei delirante, caracterizat printr-un comportament de apărare din partea halucinantului (baricadarea ușii, a ferestrelor), care se consideră asediat, stare provocată însă de producția halucinatorie.

1080. ASEMĂNARE (cf. lat. *assimilare* „a imita, a asemui") ● Relație existentă între două sau mai multe obiecte care posedă anumite proprietăți comune, astfel încît ele nu se deosebesc, fiind practic confundabile. Atunci cînd asemănarea este totală, cele două obiecte sînt identice. Asemănării i se opune deosebirea. Asemănarea poate prezenta grade de comparație (un obiect este mai asemănător cu alt obiect, decît cu un al treilea obiect). În func-

ţie de gradul de asemănare, obiectele pot fi împărţite în clase distincte. Complexitatea şi infinita varietate a fenomenelor naturii fac ca asemănarea absolută sau deosebirea absolută să fie mult mai rar întîlnite în practică decît diferitele grade relative ale acestora, stabilite în funcţie de unul sau mai multe criterii.

În psihiatrie iluzia sosiilor reprezintă un caz limită de pierdere a capacităţii discriminative pentru diversele grade de asemănare între persoane, constituind un semn cu valoare psihopatologică.

1081. **ASEMIE** (cf. gr. *a*- ; *semeion* „semn") • Formă de agnozie, pusă în evidenţă iniţial de STEINHAL, KÜSSMAUL şi Von MONAKOW → ASIMBOLIE.

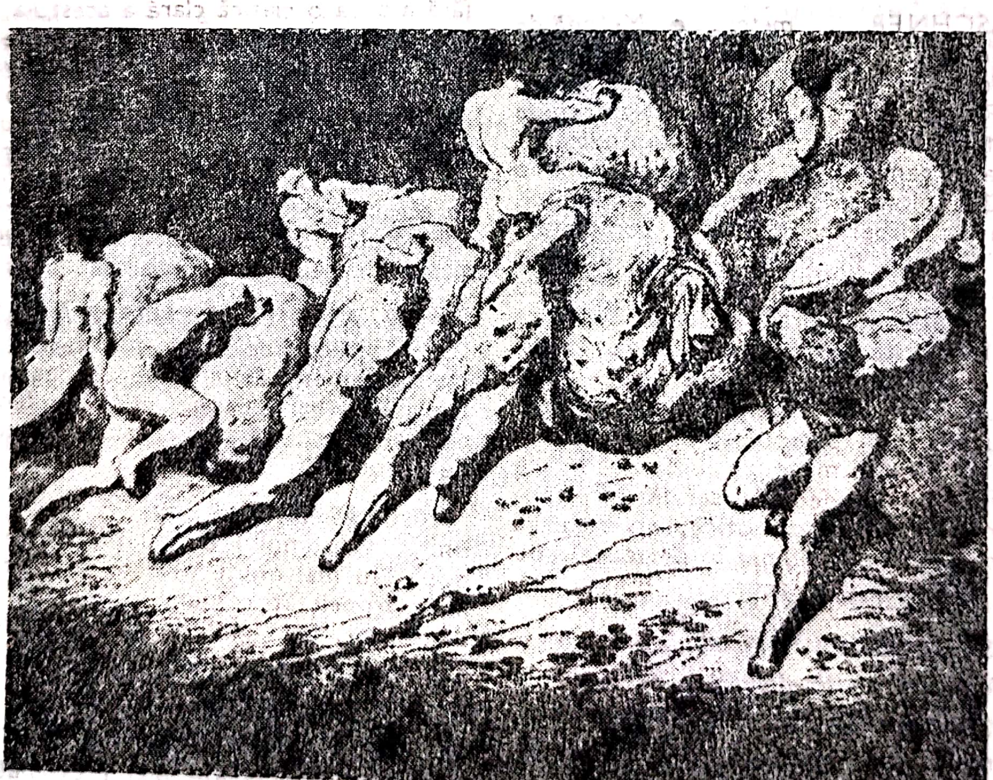
1082. **ASENDIN**(M) Canada, S.U.A. — DCI *Amoxapină* • Antidepresiv timoeleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11-(1-piperazinil)dibenz/b, f//1,4/oxazepină, cu acţiune antidepresivă, care se instalează rapid (absorbţia 90 minute, T1/2 = 30 h), şi uşor sedativă. Indicat în depresiile endo- şi exogene. Nu se asociază cu IMAO şi nu se administrează în status post infarct miocardic.

1083. **ASENLIX**(M) Mexic — DCI *Clobenzorex* • Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat, de tip (+)-N-(0-clorbenzil)-α-metilfenetilamină, recomandat pentru bunele efecte în combaterea şi corectarea unor inconveniente ale curei NL îndelungate (obezitate, adinamie) → PSIHOSTIMULENTE.

1084. **ASEXUALITATE** (cf. gr. *a*- ; lat. *sexus* „sex") • Termen propus de M. HIRSCHFELD, care presupune că lipsa dorinţei sau a interesului sexual s-ar explica printr-o „pierdere a glandelor sexuale". În realitate, în patologia psihiatrică, multe dintre afecţiuni, în special depresii, implică această diminuare a interesului sexual fără să se poată pune în evidenţă vreun suport organic.

1085. **ASIALIE** (cf. gr. *a*- ; *sialon* „salivă") — sin. ACRINIE SALIVARĂ ; APTIALIE APTIALISM • Absenţă sau scădere accentuată a secreţiei salivare, întîlnită în infecţii generale grave, în diverse intoxicaţii (atropină, opiu, alimentare etc.) sau în diferite afecţiuni ale glandelor salivare, precum şi drept urmare a administrării antidepresivelor şi neurolepticelor.

1086. **ASIDUITATE** (cf. lat. *assiduitas* „stăruinţă, perseverenţă") • Calitate moral-volitivă, constînd în mobilizarea maximă şi perseverentă a activităţii individuale în scopul rea-



Gustave Doré

izării unui obiectiv propus. Consumul energetic necesar acestei mobilizări nu este limitat de considerentele obişnuite, iar ritmul de desfăşurare este cu necesitate ridicat. Asiduitatea este, în limitele unei canalizări normale şi a fixării unor obiective fireşti, o trăsătură pozitivă. Ea poate deveni însă un aspect cu implicaţii negative, atunci cînd este rezultanta unei stări patologice. Astfel, asiduitatea perverşilor sexuali în direcţia satisfacerii scopului lor, a toxicomanului în procurarea drogului — sînt exemple concrete în acest sens. Un alt caz cu implicaţii deosebite este cel al personalităţilor dizarmonice paranoice, care urmăresc cu asiduitate exagerată realizarea unor scopuri aberante, a unor răzbunări. Sînt cunoscute campaniile de scrisori anonime pentru defăimarea unor persoane sau instituţii, nesfîrşitele memorii trimise unor personalităţi dintre cele mai marcante, pentru recunoaşterea unor merite cvasi-inexistente sau lipsite de elementară relevanţă, procesele nesfîrşite, care se judecă, urmărite asiduu de petentul dizarmonic, ani şi ani. Situaţia psihozei paranoiace este asemănătoare, dar scopul urmărit devine mult mai circumscris, iar mobilizarea comportamentală îmbracă aspectul tipic delirant.

1087. ASIGURARE ANXIOASĂ ● Conduită specifică, adoptată de bolnavii fobici, constînd în limitarea „arealului securizant" la teritoriul familial, în organizarea unei strategii de asigurare (mersul însoţit de un prieten, o fiinţă sau un obiect investit cu proprietăţi de fetiş magic). Conduitele de asigurare sînt legate de obiectul fobiei şi se modifică în raport cu acesta. Ele pot, în măsura în care subiectul le organizează, să devină veritabile ritualuri. Conduitele de asigurare evită încărcătura anxioasă a subiectului, cu toate că, în constituirea lor, „apărarea" pe care o oferă este la fel de imaginară ca şi „teama" care provoacă fobia. Se întîlnesc în nevroza fobică, la personalităţile psihastenice, în nevroza obsesivo-compulsivă, dar şi în unele psihoze. În acest ultim caz, teama de anumite locuri, obiecte, situaţii este motivată delirant, iar conduitele de apărare devin, în scurt timp, ineficace.

1088. ASILABIE (cf. gr. *a-*; *sylabe* „luat împreună") ● Recunoaşterea literelor separat, fără a avea posibilitatea de a le reuni în silabe. Se întîlneşte în afaziile senzoriale.

1089. ASIMBOLIE (cf. gr. *a-*; *symbolon* „semn de recunoaştere, simbol") ● Imposibilitate de elaborare şi înţelegere a semnelor convenţionale (simboluri). Termenul este propus de FINKELBURG, în 1870, pentru a desemna „incapacitatea de a înţelege semnele învăţate anterior", fenomen pînă atunci general cunoscut sub numele de asemie (STEINTHAL). KÜSSMAUL încearcă să explice relativ scăzuta comprehensibilitate a termenului de asimbolie prin aceea că, la baza simbolului, stă totdeauna o idee, care are delimitări mai riguroase decît sentimentul aflat în spatele unui semn sau unui simptom. Istoria definirii asimboliei este bogată şi mereu reînnoită. GORDON o defineşte ca imposibilitate de înţelegere a naturii unui obiect şi a desemnării sale; LEISCHNER o vede ca o pierdere a modalităţilor de înţelegere a sensurilor superioare şi a relaţiilor dintre ele; MEYNERT o consideră ca rezultatul asocierii, la acelaşi subiect, a apraxiei, agnoziei şi afaziei; iar WERNICKE, POROT, FREDERIKS pun semnul egalităţii între asimbolie şi agnozie. CLAPAREDE crede că este un tip special de agnozie, prin tulburări de identificare secundară; SCHILDER şi STENGEL descriu, în 1928, asimbolia la durere şi, în fine, LEISCHNER încearcă în 1943, din păcate fără succesul scontat, să reînnoiască definiţia. Rămîne însă în sarcina prezentului şi a viitorului clarificarea termenilor de acalculie simbolică, asimbolie tactilă, asimbolie la durere. În afară de asimbolia senzorială şi asimbolia motorie, diferenţiate de MEYNERT, se cunosc următoarele forme clinice:

● *Asimbolia la durere* — sin. ASIMBOLIE ALGICĂ, ANALGOGNOZIE — este absenţa capacităţii de înţelegere a semnificaţiei durerii, exprimată prin lipsa reacţiilor comportamentale la durere, deşi percepţia şi efectele ei vegetative sînt conservate. Este justificat numită şi „asimbolia pentru pericol": deşi subiecţii înţeleg caracterul nociv al durerii, reacţionînd la ameninţările verbale, ei nu elaborează un răspuns adecvat, ca şi cum ar exista „un defect de adaptare a activităţii la cunoaşterea acestei senzaţii nociceptive" (PIERON). MAYER-GROSS o descrie ca „o sărăcire morbidă a reacţiilor emoţionale la stimulii dureroşi". Acest răspuns anormal la durere este concomitent cu păstrarea intactă a sensibilităţii tactile şi termice. Asimbolia la durere este unul dintre elementele sindro-

mului care mai cuprinde: afazie senzorială, apraxie şi tulburări de schemă corporală, fiind corespunzător anatomic leziunilor din regiunea frontală şi parietală (stîngă sau dreaptă) şi din girusul supramarginal al emisferului dominant. Sînt însă autori care nu subscriu vreunei localizări anatomice. Lipsa reacţiilor de retracţie şi apărare în faţa ameninţării poate genera uneori, la aceşti subiecţi, chiar o atracţie pentru stimulii dureroşi, conducînd la diverse automutilări. Exemplele sînt cunoscute în psihopatologia schizofreniei, a dizarmoniilor grave de tip impulsiv-exploziv sau a demenţelor arteriosclerotice.

● *Asimbolia tactilă* — este corespunzătoare agnoziei tactile secundare, în concepţia lui WERNICKE, sau agnoziei semantice, în concepţia lui DELAY, reprezentînd astereognozia propriu-zisă ; deşi imaginile-amintiri tactile nu au fost distruse, deşi forma şi natura obiectului sînt analizate, asociaţia cu alte reprezentări, identificarea şi înţelegerea obiectului nu sînt posibile. Aceste cazuri recunosc ca localizare, cel mai frecvent, leziuni parietale stîngi (aria 7 şi 40) şi se asociază cu apraxie şi asomatognozie.

● *Asimbolia vizuală* întruneşte, de fapt, asocierea alexiei cu agrafia, subiectul neputînd nici citi şi nici scrie, deşi conservă capacitatea de executare şi înţelegere a limbajului vorbit. Dificultatea de a scrie poate fi parţială pînă la totală, copierea fiind mai bună decît scrierea spontană (deci invers decît în cecitatea pură). Această formă de asimbolie se întîlneşte foarte rar ca semn de debut, fiind mai degrabă reziduală (spre „*coada*") disfaziei globale. Se asociază, de obicei, cu un grad de disfazie nominală, discalculie, dezorganizare spaţială şi agnozie vizuală obiectuală. Se poate aprecia că leziunile anatomice de la nivelul girusului angular şi girusului învecinat supramarginal al lobului parietal stîng pot fi responsabile de alterările componentelor simbolice ale limbajului, care alcătuiesc „schema vizuo-verbală".

1090. **ASIMBOLIE A DURERII** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALGEZIE GENERALIZATĂ.

1091. **ASIMETRIE** (cf. gr. *a-* ; *symmetria* „proporţie justă, simetrie") ● În sens larg, lipsă de simetrie în raport cu un punct, o linie sau un plan. În neurologie şi psihofiziologie, desemnează fie dezvoltarea inegală a centrilor analogi din cele două emisfere cerebrale (asimetria funcţională a celor două emisfere cerebrale are caracter de specializare — emisferul stîng este responsabil de simbolismul verbal, iar cel drept — de percepţia spaţială), fie diferenţa importantă de amplitudine sau frecvenţă a două trasee de unde cerebrale, înregistrate simultan în două puncte nervoase şi în condiţii identice, în electroencefalografie.

În psihiatrie întîlnim convingerea delirantă de asimetrie a organelor sau segmentelor corpului (involuţie, demenţe).

1092. **ASIMILARE** (cf. lat. *ad* ; *similis* „asemănător") ● Latură complementară a acomodării în cadrul fenomenului de adaptare a organismelor la mediu, desemnînd procesul de integrare a condiţiilor de mediu la configuraţia specifică a organismului. Se decelează mai multe tipuri de asimilare: biologică şi psihologică, substanţială şi funcţională, individuală şi socială ş.a. Din punct de vedere psihologic (PIAGET), asimilarea este similară cu interiorizarea acţiunilor externe în operaţii sau scheme mintale, ori cu încorporarea mediată şi generalizatoare a experienţelor de viaţă (inclusiv a cunoştinţelor) în cadrul conduitei. La nivel psihosocial, asimilarea se traduce în transformările de esenţă — cu caracter creator, original (→ACULTURAŢIE), sau nivelator-omogenizator — care se produc consecutiv coabitării unor indivizi sau grupuri aparţinînd unor culturi sau medii sociale diferite.

1093. **ASIMILAŢIE** ● Integrarea în structuri prealabile a unui fapt de cunoaştere nou, care conferă o semnificaţie lucrului conceput sau perceput. J. PIAGET afirmă că orice cunoaştere se bazează pe acţiune: „a cunoaşte un obiect sau un eveniment înseamnă a le utiliza asimilîndu-le". Sub influenţa situaţiilor exterioare, schemele de asimilare se modifică, acomodîndu-se. Mediul nu declanşează o simplă copiere în procesul de asimilare, ci declanşează ajustarea activă, adică acomodarea schemei de asimilare. Adaptarea ar putea fi definită printr-un echilibru între asimilare şi acomodare, ca doi poli opuşi ai aceluiaşi proces. Un caz particular al asimilării este competenţa, adică acea capacitate de răspuns adecvat, care este funcţie de schemele de asimilare ale subiectului.

1094. **ASINDOXIC** (cf. gr. *a-* ; *syndokeion* „a fi, a se pune, de acord") ● Atribut conferit unui anumit gen de copil cu trăsături caracteriale de tip instabil, căruia îi este specifică imposibilitatea elaborării unitare a unui comportament, a unei atitudini susţinute şi bine orientate în funcţie de motivaţiile sale.

Scanned with OKEN Scanner

1095. ASINERGIE (cf. gr. *a-*; *synergeia* „cooperare, ajutor") → DISSINERGIA.

1096. ASINTAXIE (cf. gr. *a-*; *syntaxis* „ordine, construcţie gramaticală") • Limbaj a cărui formă gramaticală este complet „destructurată", constînd într-o succesiune de cuvinte, uneori chiar cifre, juxtapuse, care îşi păstrează totuşi valoarea curentă de semnificaţie. Se întîlneşte în schizofrenie.

1097. ASISTENŢA AMBULATORIE • Forma de asistenţă medicală în care actul medical se realizează în absenţa spitalizării. Nivelul de dezvoltare al medicinei permite în prezent rezolvarea a 93—95% din totalul actelor medicale în ambulator (pentru toate specialităţile şi în toate ţările).

Numeroasele mutaţii produse în însăşi evoluţia colectivităţii umane au impus, în mod firesc, un nou model medico-social al bolii şi un nou statut al bolnavului, elemente ce au direcţionat şi continuă să orienteze preocupările medicinii în sensul abandonării relaţiilor de similitudine între boală-fatalitate şi bolnav-condamnat. Alături de progresele terapeutice, atitudinea comunităţii, conturarea noţiunii de potenţial restant, poziţia omului faţă de sănătate şi boală în sistemul instituţional şi-au adus o contribuţie remarcabilă. Asistenţei ambulatorii i se conferă azi noi dimensiuni, ea încetînd de a mai fi un furnizor de cazuri interesante pentru clinică şi dovedindu-şi rolul prioritar atît în prevenirea, cît şi în recuperarea bolnavului. Asigurînd o apropiere mai mare de locul de muncă şi viaţă, un contact mai strîns şi mai de lungă durată cu bolnavul decît orice alt tip de unitate, asistenţei ambulatorii îi revine sarcina nu numai de a preveni boala, ci şi de a o urmări în timp, în scopul recuperării sau al reorientării, iar în extremis (cazurile cele mai nefavorabile), al supravegherii bolnavului. Concomitent cu noile orientări privind trinomul boală-medic-bolnav, s-au produs mutaţii şi în practica medicală, care fac azi ca medicina să devină tot mai socială şi să se practice cu mai mult succes acolo unde omul munceşte şi trăieşte, fără a mai fi necesară o rupere totală a bolnavului de mediul lui de viaţă şi de muncă. Aceasta pune implicit problema locului unde ar trebui să se facă azi medicina loc care nu mai corespunde tiparelor tradiţionale ; aşa cum „cavaleria, pe cît de tradiţională, pe atît de elegantă armă" a devenit desuetă în condiţiile erei spaţiale, acelaşi lucru se poate întîmpla şi cu instituţiile sanitare. Nemulţumirile create uneori în rîndul populaţiei nu sînt generate atît de calitatea actului medical, cît de faptul că acesta nu are loc acolo unde este aşteptat şi necesar, ci se cramponează să rămînă acolo unde l-a fixat istoria, dar nu şi necesitatea. Nu mai este un secret pentru nimeni : 95% dintre actele medicale sînt azi rezolvate de ambulator şi numai 5% de spital, atît pe plan mondial, cît şi la noi în ţară, ceea ce face ca, în mod curent, marea majoritate a cazurilor să fie rezolvate de ambulator şi numai în extremis de către spital, şi aceasta pentru perioade limitate. Spre a ne convinge de acest lucru este suficient să ne întrebăm ce se întîmplă cu bolnavul externat din spital, după cele 12—15 zile de internare, sau cu cei cărora li se refuză internarea ; aceşti bolnavi nu dispar, ci sînt preluaţi de asistenţa ambulatorie, care a încetat demult a mai fi un simplu auxiliar în furnizarea de *„bolnavi interesanţi"*, ei revenindu-i sarcina recuperării şi reinserţiei acestora. Menţinerea unui sistem instituţional rigid este neconformă cu necesităţile, riscînd să devină comparabilă cu situaţia unui conducător de oşti, care dispune atît de trupe, cît şi de dotare de luptă, dar care are convingerea că nu poate cîştiga bătălia dacă ea se va da în locul şi la ora pe care o doreşte el — şi nu acolo unde se dă ea de fapt. Fără îndoială însă că nici asistenţa ambulatorie singură nu poate rezolva integral problemele de sănătate ale populaţiei, aşa după cum nici spitalul tradiţional nu poate satisface acest deziderat ; singura cale este dată de îmbinarea armonioasă a valenţelor şi posibilităţilor ambelor elemente ale binomului, în scopul unic de ajutorare şi vindecare a celui în suferinţă. Orientarea actuală a psihiatriei, în contextul saltului calitativ, tinde către scurtarea duratei medii de spitalizare, întemeierea unor secţii de psihiatrie în spitalele generale, dezvoltarea continuă a asistenţei ambulatorii şi semiambulatorii. În prezent, la noi, ca şi în alte ţări, peste 4/5 dintre bolnavii psihici — arăta V. PREDESCU în 1984 — se tratează la cabinetele de specialitate din policlinici, la nivelul Laboratoarelor de sănătate mintală, cu sau fără staţionare de zi→ LABORATOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ; CABINETE DE SPECIALITATE ; STAŢIONARE DE ZI.

1098. ASISTENŢA FAMILIALĂ • Metodă de profilaxie terţiară, constînd în plasarea bolnavilor psihici în mediul familial protejat. Originea acestui sistem, datînd din evul mediu, se află la Gheel, în Belgia, unde erau asistaţi peste 2 000 de bolnavi psihici. Sistemul a fost

extins în a doua jumătate a secolului al XIX-lea și la începutul secolului al XX-lea, în Olanda, Germania, Scoția, Rusia, Franța etc. Plasamentul heterofamilial și colonial al bolnavului a fost înlocuit treptat cu cel homofamilial și „individualizat", după apariția unor mijloace terapeutice coerente și eficiente, care au îndepărtat stigmatul de cronicitate al bolii psihice, permițînd o bună reinserție familială. Rămîne notabilă contribuția pe care metoda asistenței familiale a adus-o la edificarea conceptului modern de asistență psihiatrică și la evoluția modelului spitalicesc.

1099. **ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ** ● Reunește ansamblul de acțiuni de prevenire, tratament și reinserție a bolnavilor psihici. Veche „*de cînd lumea*", merge „*împreună cu lumea*" adaptîndu-se și influențînd în aeelași timp lumea. Pînă la jumătatea secolului al XIX-lea, în ținuturile românești asistența psihiatrică s-a realizat caritabil, în cuprinsul sau vecinătatea așezămintelor bisericești care se bucurau de mitul realizării unor minuni (numai așa se putea explica vindecarea unui bolnav psihic), unde aceste ființe beneficiau mai mult de toleranță și înțelegere decît de un tratament corespunzător (schitul Palamuci și mănăstirea Mărcuța în Muntenia, schitul Madona Dudu în Oltenia, schitul Golia și Adam, mănăstirea Neamțului în Moldova).

Etapa veche a asistenței psihiatrice în România (1846—1900) coincide cu desprinderea unităților de asistență de biserică sau, mai bine zis, cu pătrunderea medicilor în aceste unități : 1846 — Dr. Neculai GĂNESCU la Mărcuța, 1858 — Dr. Neculai HANSELMAN la Madona Dudu, 1863 — Dr. Emanoil LOZINSCHI la mănăstirea Neamțului, ceea ce a permis dezvoltarea unei asistențe psihiatrice în adevăratul sens al cuvîntului. Numirea doctorului Alexandru ȘUȚU, în 1867, drept director al ospiciului Mărcuța a reprezentat nu numai un nou moment important în dezvoltarea spitalului, dar a dus și la deschiderea învățămîntului de psihiatrie în facultățile de medicină din România. (→ȘUȚU ALEXANDRU). Rolul jucat de ȘUȚU în Muntenia i-a revenit doctorului Alexandru BRĂESCU în Moldova (→BRĂESCU A.). Apariția doctorului Alexandru OBREGIA, unul dintre corifeii psihiatriei românești, marchează încheierea acestei etape și, în același timp, deschiderea alteia (→OBREGIA A.).

Etapa modernă a asistenței psihiatrice în România (1900—1952) corespunde cu apariția marilor așezăminte psihiatrice, cele mai importante fiind legate de numele OBREGIA ; Socola (Iași) și Spitalul Central (Gh. Marinescu) din București. Alături de acestea, spitalele de la Sibiu, Cernăuți, Cluj, Oradea, Chișinău, Timișoara, Craiova au reprezentat principalele realizări ale etapei moderne. Nu poate fi omisă nici apariția primului dispensar de psihiatrie din țară (1933), la Sibiu, care își leagă existența de numele doctorului Gh. PREDA și care reprezintă prima formă de asistenți psihiatrică ambulatorie de la noi din țară. Această perioadă este și perioada afirmării Prof. C. I. PARHON (1874—1969), a Prof. GH. MARINESCU (1863—1938), a Prof. Leon BALIFF (1892—1967) la Iași, a Prof. C. URECHEA (1883—1955) la Cluj care, prin întreaga lor activitate științifică, didactică și organizatorică, au contribuit la afirmarea psihiatriei românești. Tot în această perioadă, prin Legea sanitară din 1930 (operă a unui distins psihiatru și organizator de sănătate, Prof. Dr. Iuliu MOLDOVAN), se instituie un cadru uman și progresist psihiatriei noastre. Acestei etape îi corespunde introducerea așa-numitei terapii de șoc : 1932 — cura Sakel, 1935 — psihochirurgia, 1938 — seismoterapia, și a psihanalizei.

Etapa contemporană a asistenței psihiatrice în România începe după 1950, odată cu reforma unităților sanitare — inclusiv a celor psihiatrice — fapt ce a condus la apariția de noi centre și școli. Aceste evenimente au coincis fericit și cu „revoluția terapeutică — apariția chimioterapiei moderne" —, care pare să fi fost inaugurată de celebrul „cockteil litic" al lui LABORIT în 1951, în fapt de apariția neurolepticelor, antidepresivelor de sinteză, anxioliticelor, litiului. Ele au creat un nou orizont psihiatriei și o nouă speranță bolnavului psihic.

O problemă dificila era cea legată de ideea fatalismului apariției și evoluției bolii psihice, credința în incurabilitatea ei, care, alături de caracterul „*misterios*" al bolii și de unele acte imprevizibile ale bolnavului, au creat o atitudine deși aparent logică, total greșită : considerarea bolnavului mintal drept o ființă periculoasă, un răufăcător. Acest mod de a privi lucrurile a avut drept consecință izolarea bolnavilor ca a oricăror răufăcători, evident în scopul apărării semenilor aflați în pericol. Pentru multă vreme, soarta bolnavilor mintal a fost îndepărtarea lor din mediul social, cu toate consecințele ce au decurs din acest „*mod simplu*" de a găsi o soluție. În ultimele decenii, această „*soluție unică și sigură*" a devenit mai puțin sigură și deloc unică

Psihiatria și instituțiile ei au cunoscut o remarcabilă și rapidă dezvoltare, ocupîndu-și

un loc mai corect în societate decît cel deținut anterior. Alături de „a trata" a apărut „a preveni", alături de a „a apăra pe alții" a apărut „a nu dăuna nimănui". S-a trecut încet, dar sigur și ireversibil, de la „boala individului" la „sănătatea colectivității", de la bolnavul internat, la omul recuperat, de la caracterul clinic la cel social, de la izolare la reintegrare, ceea ce a permis conceperea psihiatriei moderne drept un complex de activități exercitate pe baze științifice și umane, pentru protejarea, menținerea și recuperarea stării de sănătate mintală. Aceste transformări au condus la modificări și sub raport instituțional și, dacă cu 50 de ani în urmă dispuneam de un singur tip de unitate — spitalul —, astăzi, prevenirea și combaterea bolilor psihice se realizează prin numeroase tipuri de unități. Ele se pot clasifica în:

- Unități de spitalizare totală:
  - spitalul de psihiatrie;
  - secția de psihiatrie din spitalul general;
  - spital sau secții de postcură.
- Unități de spitalizare parțială (semiambulatorii):
  - spitalul de zi;
  - alte unități.
- Unități ambulatorii:
  - laboratorul de sănătate mintală;
  - cabinetul de psihiatrie al dispensarului policlinic;
  - dispensarul de medicină generală.
- Unități complexe multifuncționale:
  - Centrul de sănătate mintală.

În anul 1972, Ministerul Sănătății a elaborat un plan pe termen lung privind promovarea sănătății mintale și dezvoltarea psihiatriei în întreaga țară, ce prevede și extinderea rețelei de asistență psihiatrică, atît spitalicească, cît mai ales cea extraspitalicească, diferențiat pentru adulți și copii, în funcție de natura și de forma evolutivă a bolii. În același timp, s-a dat o orientare mai judicioasă cercetării științifice, iar învățămîntul se orientează atît către integrarea psihiatriei în practica medicală, cît și către necesitățile reale ale asistenței medicale.

1100. **ASISTOLIC**[D] *delir* (cf. gr. *a-*; *systoli* „contracții") ● În psihiatria clasică desemnează tulburările psihice din stările terminale ale unor boli cașectizante, mai ales respiratorii. Semiologic, el se compune, după RÉGIS, dintr-un delir oniric halucinator, dezorientare spațio-temporală, oneiroidie.

1101. **ASISTOLIE NEVROTICĂ** — sin. SCHIZONEVROZĂ CLAUDE (1925); SCHIZOFRENIE PSEUDONEVROTICĂ ● Formă clinică de schizofrenie, de tip neurasteniform cu debut și evoluție îndelungată, semnele caracteristice afecțiunii fiind însă doar parțial schițate, avînd o tonalitate mai redusă. Pentru unii autori actuali, echivalentul ei nosografic ar fi conceptul de BORDER-LINE.

1102. **ASKLEPIOS (AESCULAPIUS)** ● Zeul grec al medicinei, fiu al lui Apollon și al muritoarei nimfe Coronis, deci semizeu prin antecedentele familiale, dar și prin deznodămîntul, care l-a pecetluit ambiguu calitatea de muritor: pentru că nu s-a mulțumit să vindece numai bolile, cum fusese inițiat de centaurul Chiron, ci începuse să readucă și morții la viață, și-a atras mînia lui Zeus, care l-a ucis cu trăznetul său. În educația complexă asigurată de Chiron, căruia Apollon i-l încredințase, erau incluse atît secretele taumaturgiei (vindecării prin atingere), cît și cele ale totemurilor arhaice: cîine, grăsime, șarpe (de aici și simbolul științelor medicale), precum și utilizarea plantelor medicinale și a unor metode și tehnici de psihoterapie cu care reușea printre altele să anihileze spontan durerea, să vindece o serie de boli. Templele lui Asklepios în întreaga arie greco-romană erau în fond niște clinici medicale, în care preoții erau și medici. Asklepios poate fi considerat nu numai ca zeu al medicinii, ci și ca primul psihiatru și psihoterapeut.

1103. **ASLAPAX**[M] Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI; fiind un metabolit al acestuia permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4h); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM[M].

1104. **ASLAVITAL**[M] România (Clorhidrat de procaină și un factor activator) ● Factor regenerator antiaterosclerotic, ameliorează circulația cerebrală și metabolismul celulei nervoase, fiind energizant și ușor antidepresiv. Acțiunea sa generală este regeneratoare și energizantă prin efect asupra metabolismului celular. Intervenind în anumite faze ale metabolismului lipidic, are efect antiaterogen. Asupra sistemului nervos central efectul este trofic neuronal și de ameliorare a circulației cerebrale. Acțiunea sa trofică și antiaterosclerotică justifică utilizarea lui în anumite afecțiuni psihice

ca tonic cerebral și pentru întîrzierea proceselor de îmbătrînire. Are astfel indicații în surmenaj intelectual, stări asteno-nevrotice, dificultăți prosexomnezice, stări de deteriorare din arterioscleroza cerebrală și senilitate, hiperemotivitate și depresie la vîrstnici. La copii este indicat în tratamentul întîrzierilor mintale și al sechelelor encefalomielitice. Efectele secundare sînt, în general, minime. Uneori, se semnalează reacții alergice; existența anamnestic a acestora constituie o contraindicație de utilizare.

1105. ASOCIAL (cf. *a-*; social; vezi lat. *socius* „asociat") ● Atribut conferit unui subiect indiferent față de valorile sociale, care comite acte fără înțeles social, fiind incapabil de adaptare la normele sociale obișnuite → ANTISOCIAL.

1106. ASOCIATE[H] *halucinații* ● Termen prin care SEGLAS descrie halucinații legate între ele, dar fără a se referi la același obiect. Astfel, unele dintre halucinații devin, după acest autor, „semnalul celorlalte" (de exemplu, „vocile" îl anunță pe subiect că va simți un anumit lucru). Halucinațiile asociate pot fi contradictorii și chiar antagoniste, un exemplu tipic în acest sens reprezentîndu-l halucinațiile auditive bilaterale. Subiectul poate primi într-una din urechi încurajări pentru a face o acțiune, iar în cealaltă îndemnul de a nu o realiza.

1107. ASOCIAȚIE (cf. lat. *associere* „a uni, a asocia") ● Termenul desemnează, în psihologie, legăturile și relațiile funcționale care se stabilesc între elemente simple, în cadrul proceselor și fenomenelor psihice. Asociația vizează senzația, percepția și memoria.

După P. POPESCU-NEVEANU, asociația are două accepțiuni:

- mecanism psihologic prin care elementele simple se grupează în complexe (în fenomene psihice complexe);
- produs psihic, rezultat din unirea mai multor elemente (la rîndul său, acest produs poate intra într-un lanț asociativ).

A. SAMARIN (citat de POPESCU NEVEANU, 1978) consideră că asociațiile au caracter dinamic și pot fi intrasistemice și intersistemice. În psihologie, asociaționismul (curent) consideră asociația ca operație bazală în constituirea tuturor proceselor și manifestărilor psihice. ARISTOTEL propune o clasificare a asociației, ca legătură simplă, în: asociația prin contiguitate, asociația prin asemănare și asociația prin contrast. Conform asociaționismului, la baza vieții psihice stă senzația (însumarea senzațiilor formează percepția, însumarea percepțiilor formează reprezentarea, însumarea reprezentărilor formează conceptele, care, la rîndul lor, se leagă în judecăți). Mecanismul fiziologic al asociației a fost arătat de S. P. PAVLOV și V. BECHTEREV (studii asupra reflexelor, condiționarea reflexelor). Asociaționismul, ca vechi curent psihologic, este însă un curent mecanicist, întrucît consideră că orice proces psihic se compune din elemente legate unele de altele și ireductibile. Tehnicile preanalitice de investigare psihologică, tehnicile proiective și psihanaliza au folosit mai larg asociația în examinarea diverselor manifestări psihice → ASOCIAȚIE LIBERĂ.

1108. ASOCIAȚII ANORMALE ● Asociații care se produc după legi proprii subiectului, nefiind supuse instanțelor voinței, opuse asociațiilor normale de idei, logice, în care cauzalitatea și conținutul joacă rolul esențial. Caracterul acestor asociații este de automatism, de mecanicitate. Pot fi de următoarele tipuri:

- *asociații automate superficiale*, care se întîlnesc în stările maniacale, schizofrenie, demențe și oligofrenii și se bazează pe asonanță sau contraste facile;
- *asociații polarizate*, ca în psihozele delirante, cînd gîndirea este redusă, plecînd de la idei nesemnificative, în permanență la tema delirantă;
- *asociații circumstanțiale*, care apar în schizofrenie, epilepsie și în demențe, în care formalismul asociației nu are legătură cu discursul;
- *asociații insolite*, care apar în schizofrenie (fiind simptome primare — BLEULER) și fragmentează gîndirea, izbucnind brutal și fără legătură cu contextul. Ele se înlănțuiesc prin contaminare, derivație și substituție;
- *incoerența*, este opusul proceselor asociative; se caracterizează prin dezorganizare maximă: ideile și cuvintele devin secvențe derulate aleator. Este tipică confuziei mintale, demențelor, schizofreniei și maniei.

1109. ASOCIAȚIE CONDUSĂ — sin. ASOCIAȚIE CONTROLATĂ ● Tehnică psihoterapeutică, de inspirație psihanalitică, opusă tehnicii asociațiilor libere. A fost utilizată de JUNG și implică:

- participarea activă a psihoterapeutului la asociațiile subiectului în scopul canalizării acestor asociații spre teme, stări, conflicte ce fac parte din construcția

(→CONSTRUCŢIE) psihoterapeutului privind cazul analizat ;
- utilizarea metodei asociativ-verbale (folosită şi azi ca tehnică proiectivă), constînd într-o listă de cuvinte (inductori) la care subiectul este solicitat să răspundă cu primul cuvînt care îi vine în minte. În funcţie de timpul de latenţă şi conţinutul răspunsurilor se induc alţi stimuli, explorîndu-se activ inconştientul subiectului, pentru a avea acces la focarul traumatizant ;
- controlul analizei viselor în care, de asemenea, asociaţiile sînt dirijate de terapeut.

„Această metodă — scrie JUNG — se deosebeşte de asociaţia liberă şi prin aceea că cel care a visat nu mai este singurul care îşi aduce contribuţia la asociaţii, căci medicul îşi are şi el rolul său. Adeseori chiar el este acela care, prin analogiile pe care le oferă, determină orientarea pe care o vor lua asociaţiile subiectului".

1110. **ASOCIAŢIE DIFERENŢIALĂ** ● Teorie sociologică privitoare la criminalitate, elaborată de SUTHERLAND (1934) şi completată de elevul său CRESSEY, care susţine următoarele teze :
- comportamentul criminal nu este înnăscut sau ereditar, ci învăţat prin comunicare de la persoane „calificate în cadrul unui grup restrîns" (în acest sens rolul pe care îl joacă mass-media este foarte important în criminogeneză) ;
- individul devine criminal în cazul în care interpretările defavorabile respectării legii înving interpretările favorabile. Cei care devin criminali o fac pentru că sînt în contact cu modelul criminal şi nu au sub ochi modele anticriminale ;
- învăţarea modelului criminal nu este o simplă imitaţie (aşa cum susţine TARDE în 1890), ci este legată şi de orientarea tendinţelor impulsive, a judecăţilor şi atitudinilor.

Această teorie a fost deseori criticată cu argumente diverse, dintre care : ea nu explică crimele pasionale, nici pe cele ale criminalilor „singuratici", că nu diferenţiază motivaţiile, nu poate explica datele epidemiologice etc. Verificarea empirică a teoriei de către SHORT nu a făcut decît să ridice noi semne de întrebare cu privire la valabilitatea ei.

1111. **ASOCIAŢIE HALUCINATORIE** ● Asocierea mai multor tipuri de halucinaţii (vizuale, auditive, tactile etc.). Situaţie clinică întîlnită în special în schizofrenie, afecţiune în care asocierea halucinaţiilor poate fi realizată în infinite combinaţii şi proporţii → HALUCINAŢII.

1112. **ASOCIAŢIE (DE) IDEI** →ASOCIAŢIE LIBERĂ — metodă, regulă.

1113. **ASOCIAŢIE INTERNAŢIONALĂ PENTRU PREVENIREA SUICIDULUI** ● Fondată în 1965, cuprinde membri individuali sau grupuri, ca şi reprezentanţi ai centrelor naţionale de prevenire a suicidelor, din 43 de ţări. Din 1980, publică bianual un periodic intitulat „Crisis".

1114. **ASOCIAŢIE LIBERĂ** — *metodă, regulă* ● Metodă sau regulă conform căreia i se cere subiectului să verbalizeze, fără discriminare, tot ceea ce-i vine în minte, în mod spontan sau pornind de la un element anume (cuvînt, vis, reprezentare, gest etc.). Este metoda şi regula de bază a tehnicii psihanalitice. Originea ei se află în tehnicile preanalitice (sugestie şi concentrare a subiectului pe o reprezentare dată). În autoanaliza sa, FREUD foloseşte procedeul asociaţiei libere în special în analiza viselor. Stiudiul reacţiilor bazate pe asociaţii, practicat pentru prima dată de F. GALTON, s-a dovedit eficient în psihologie şi psihopatologie pentru analizarea, descrierea, interpretarea diferitelor funcţii psihice. Şcoala de la Zürich (E. BLEULER şi în special JUNG) a reluat această metodă, considerînd-o eficientă în relevarea unui nucleu al conflictelor ascunse (în orientarea practicianului), în ceea ce priveşte caracterul acestor conflicte generatoare de simptome nevrotice. Asociaţiile produse prin cuvinte inductoare au la bază o reţea de idei legate de un eveniment particular, cu un anumit specific emoţional. Metoda constă în următoarele : i se dă subiectului un cuvînt-inductor la care el trebuie să reacţioneze imediat, cît mai spontan, pronunţînd primul cuvînt care îi vine în minte ; examinatorul măsoară timpul de reacţie (timpul scurs din momentul în care subiectul aude cuvîntul pînă în momentul în care el rosteşte cuvîntul); se folosesc între 50 şi 100 de cuvinte inductoare. Se observă : inegalitatea timpului de reacţie în raport cu diverse cuvinte, perturbările care apar în răspuns (subiectul nu respectă consemnul şi răspunde fie prin mai multe cuvinte, fie printr-o frază, fie printr-o asociaţie sonoră, neglijînd semnificaţia cuvîntului-inductor ; sau subiectul repetă cuvîntul-stimul ; sau are în plus diverse manifestări : gesturi involuntare, ticuri, interjecţii, reacţii stereotipe etc.). Toate aceste perturbări,

precum și timpul de reacție prelungit sau absența reacției sînt indici pentru prezența complexelor. Cuvintele provocatoare de perturbări sînt acelea care au pentru subiect un conținut emoțional, care ating sfera lui intimă (afecte, amintiri, trăiri subiective).

O a doua etapă a probei constă în următorul fapt : după ce se înregistrează un număr de răspunsuri (asociații), se reia lista cuvintelor inductoare și se cere subiectului să repete răspunsul dat anterior ; reacțiile uitate sînt numite de JUNG „reproduceri defectuoase" și apreciate tot ca indici de complexe. Un experimentator antrenat va ține totdeauna cont de atitudinile subiectului (gesturi, mimică, modificarea dispoziției, tonalitatea vocii, comentarii etc.).

În ceea ce privește cuvintele inductoare : ele trebuie să aparțină unor categorii gramaticale diferite (verbe, substantive, adjective); să fie, de preferință, mono- sau bisilabice ; se inserează în listă anumite cuvinte „critice", cuvinte putînd avea mai multe sensuri, susceptibile deci să atingă mai multe complexe ; cuvintele nu trebuie să aibă între ele raporturi de semnificație (să fie izolate, nelegate prin vreo semnificație, să nu se constituie într-o temă).

Caracteristicile metodei de asociație liberă, în special cu referire la termenul de „liber" :

- indiferent că se pornește de la un cuvînt-inductor (JUNG), de la o imagine a unui vis (FREUD) sau de la orice alt element dat sau pur și simplu spontan, derularea lanțului asociativ este liberă în măsura în care nu este controlată de către subiect și deci nu este orientată sau modificată prin intervenții selective ;
- asociațiile sînt cu atît mai libere cu cît sînt mai spontane și neprovocate de vreun element inductor ;
- termenul „liber" nu este identic cu termenul „indeterminat" ; „liber", se referă aici la înlăturarea intervenției voluntare selective, în limbaj freudian la înlăturarea cenzurii între preconștient și conștient. Ideile spontane sau libere, cele care vin în mintea persoanei fără un efort de atenție și de selecție, apar în „visul diurn", în reverie ; ele sînt spontane în raport cu conștiința persoanei, dar la origine au o determinare precisă, întrucît se află în legătură mediată sau imediată cu conflictele intrapsihice, cu complexele, cu dorințele inconștiente, cu cenzura, cu rezistențele.

Asociațiile libere sînt încărcate de semnificații și valori personale, de emoții și sentimente individuale, în ultimă instanță de conținuturi inconștiente.

Metoda asociației libere practicată în cura psihanalitică : Subiectul este invitat să se concentreze asupra lui însuși, să încerce o stare detensionată fizic și moral, și să rostească tot ceea ce-i vine în minte, spontan, fără excepție, indiferent de natura imaginilor sau a cuvintelor care apar, dincolo de orice rețineri morale ; să încerce (față de aceste idei, reprezentări, amintiri sau alte conținuturi derulate) să adopte o aptitudine introspectivă, cît mai puțin critică și cît mai indiferentă. Terapeutul trebuie să-și facă prezența cît mai puțin simțită ; intervenția sa trebuie să fie rară, vizînd anumite puncte precise și semnificative din lanțul asociativ. Intrarea subiectului în această tehnică (și în cura psihanalitică, în genere) poate fi dificilă, ezitantă, din cauza cenzurii, a rezistențelor, a defenselor (descoperirea intimității proprii antrenează mecanisme de apărare, antrenează cenzura dintre conștient și preconștient) ; ulterior, subiectul cedează. Pe măsură ce intră în travaliul asociativ, el își dezvăluie rezistențele în legătură cu anumite gînduri, tendințe, evenimente — surse ale unor emoții puternice. Analistul își va observa foarte atent subiectul, va ține cont nu numai de asociațiile propriu-zise, ci și de gesturile, ezitările, lapsusurile, modificările de dispoziție ale acestuia, va urmări îndeosebi mișcarea emoțională care însoțește discursul asociativ. Pe parcursul curei terapeutice, sub această formă a discursului liber, aparent neangajat și neangajant, subiectul își povestește și retrăiește propria sa istorie, de care el ia cunoștință cu ajutorul terapeutului (prin intervențiile acestuia) și pe care încearcă și izbutește să o stăpînească.

○ 1115. **ASOCIAȚIE MEDICAMENTOASĂ**

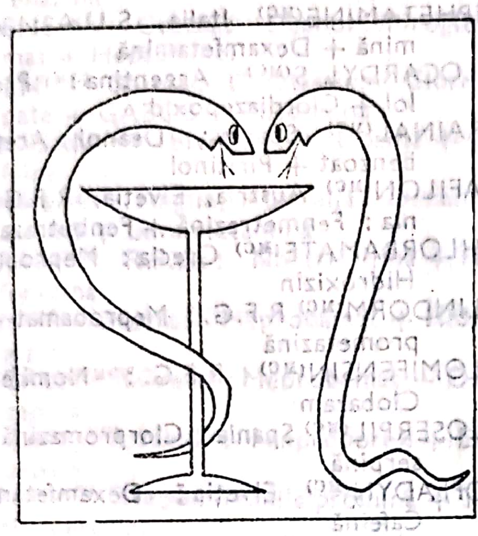
● Combinarea simultană a două sau mai multe preparate medicamentoase, folosită în scopul obținerii unui efect terapeutic lărgit, pe baza acțiunii complementare a acestora. Practica psihiatrică actuală nu se poate dispensa încă de un anumit grad de polifarmacie, cu amendamentul că sînt obligatorii pentru clinician cunoașterea cît mai bună a caracterelor farmacologice esențiale, precum și mînuirea cu economie și înțelepciune a mijloacelor terapeutice de care dispune

Asociații medicamentoase folosite în clinica psihiatrică :

Asociația hipnotic-nebarbituric + barbituric/neuroleptic sedativ. În afecțiunile psihice

Scanned with OKEN Scanner

„minore" este necesară, de multe ori, o mare varietate de produse medicamentoase, care uneori satisfac, alteori îngrijorează subiectul. Astfel, pentru corectarea unei insomnii este, în unele cazuri, indispensabilă adăugarea la



produsul hipnotic nebarbituric (de obicei un tranchilizant benzodiazepinic sau din altă grupă), fie a unui barbituric, fie a unui neuroleptic sedativ (clorpromazina, levomepromazina, tioridazina sau prometazina), care să potențeze acțiunea de producere și prelungire a somnului. La cei mai mulți dintre bolnavii nevrotici însă este, de multe ori, suficientă administrarea unui simplu tranchilizant pentru a induce somnul. Este de reținut avantajul pe care îl prezintă anxioliza realizată la subiecții vîrstnici, cu produsele Oxazepam, Lorazepam, care nu induc stări confuzionale nocturne. Situația devine mai complexă și cu multiple fațete atunci cînd este vorba de farmacoterapia psihozelor.

● *Asociația neuroleptic + neuroleptic.* Deși farmacologic nu există suficiente argumente pentru a valida asocierea neuroleptic + neuroleptic (mai ales în cazul celor incisive) la același subiect, totuși combinația neuroleptic administrat oral cu neuroleptic cu acțiune prelungită, pentru o scurtă perioadă în timpul tratamentului de atac, la începutul fazei de menținere și în cursul recăderilor, are efecte salutare. Asocierea dintre fenotiazinele sedative și Haloperidol, deși utilizată, pare justificată mai curînd *„de experiența clinică"*, decît de farmacodinamica produselor (→BUTIROFENONE). Incisivitatea marcată a Majeptilului și a Flufenazinei, ca și efectele sale extrapiramidale nedorite sînt „neutralizate" în mod eficient de asociația cu Clorpromazină, Tioridazină sau Levomepromazină, care permit, în plus, potențarea efectului antipsihotic și le favorizează toleranța. O mențiune aparte merită neurolepticele de tipul Propericiazinei, a Pipamperonului, care își exercită acțiunea în mod specific asupra impulsivității, agresivității, asupra tulburărilor de comportament, fiind folosite în asociere cu neuroleptice majore și permițînd o mai bună apropiere psihoterapeutică. Avînd în vedere că se apreciază o incidență de teste 80% a sindromului extrapiramidal neuroleptic, datele cele mai recente relevă posibilitatea controlării lui, la 2/3 din subiecți, numai prin simpla reducere a dozei. Chiar și în perioada de stabilizare și de fixare a tratamentului de întreținere, proporția de subiecți care au nevoie de asocierea unui preparat antiparkinsonian, pare a fi de 10—20%.

● *Asociația neuroleptic + antidepresiv triciclic.* Este susceptibilă de unele considerații farmacologice și biochimice (efectele celor două grupe de medicamente sînt practic opuse), ca și farmacokinetice (are loc creșterea concentrațiilor plasmatice ale antidepresivului și, probabil, ale neurolepticului). O indicație ar putea-o totuși constitui psihozele depresive delirante (melancolice) și/sau agitate și sindromul depresiv instalat după un episod psihotic acut. Unul dintre dezavantajele acestei asociații se datorează faptului că acțiunea antidepresivă a triciclicelor apare ulterior acțiunii de dezinhibare indusă de această combinație, survenind astfel pericolul trecerii la actul suicidar, care constituie numai o potențialitate atunci cînd încă există inhibiția. Totuși, unii autori sînt de părere că dozele mici de neuroleptice nu agravează depresia și că antidepresivele triciclice nu accentuează tulburările psihotice (BOULANGER și ZARIFIAN), neexistînd practic un antagonism clinic între ele. Deși riscul apariției depresiei în cursul evoluției și tratamentului schizofreniei este crescut și din alte cauze decît cele psihogene, antidepresivele triciclice nu o rezolvă decît într-un număr limitat de cazuri ; unele dintre aceste depresii (10—15%) sînt, de fapt, o formă akinetică a sindromului extrapiramidal și răspund bine la antiparkinsoniene.

● *Asociația antidepresiv + tranchilizante.* Se realizează mai totdeauna, datorită coexistenței foarte frecvente a depresiei cu anxietatea ; efectul tranchilizant și cel hipnosedativ par a depinde mai mult de doza folosită decît de

Scanned with OKEN Scanner

mecanisme specifice de acțiune. Cel mai riscant este cazul în care se „maschează" depresia printr-un anxiolitic ce nu merge direct „la țintă", ci doar liniștește. Benzodiazepinele sînt preferate neurolepticelor în sedarea din timpul zilei (atît la nevrotici, cît și la psihoticii aflați în tratament de întreținere (dar și pentru durata nopții, cînd pot fi asociate cu neuroleptice sedative în doze mici.

● *Alte asociații medicamentoase.* În ceea ce privește combinația între diferite antidepresive, rezultatele nu sînt confirmate de cercetări fundamentale. Benzodiazepinele, ca și antidepresivele triciclice, în asociație cu betablocante pot fi utile în sindroame în care predomină anxietatea. De asemenea, trebuie ținut cont de faptul că anumite medicamente, ca sărurile de litiu, barbituricele, contraceptivele orale inhibă sau diminuă efectul terapeutic al antidepresivelor, prin intervenția la nivelul metaboliților acestora.

În ultimul deceniu, au apărut o serie de produse tipizate, care conțin diferite asocieri medicamentoase, permițînd astfel administrarea concomitentă a unui număr mare de medicamente. Cele intrate deja în uzul curent sînt următoarele:

ADEPRESSINA(MC) Italia: Imipramină + Deanol Glutamat + Piridoxină
ADEPSIQUE(MC) Mexic: Amitriptilină + Diazepam + Perfenazină
ADIFUGE(MC) Elveția: Amfetamină + Atropină
ADISTOP C(MC) Elveția: Catină + Cafeină
AGETRAN(MC) Brazilia: Meprobamat + Reserpină + Papaverină
AGYRAX(MC) Franța: Hidroxizin + Meclozin + Bufenin
ALTIPAX(MC) Spania: Fencamină + Oxazepam + Piridoxină
AMFESERPIN(MC) Turcia: Reserpină + Metamfetamină
AMILIT(MC) Italia: Amitriptilină + Litium Carbonat
AMIPERM(MC) Anglia: Amitriptilină + Flufenazină
ANAGRAX(MC) Argentina: Fenfluramină + Dipotassium Clorazepate
ANELUN COMPOSITUM(MC) Spania: Amitriptilină + Protriptilină
ANSIOLIN(MC) Argentina: Amitriptilină + Oxazepam
ANSIUM(MC) Spania: Sulpirid + Diazepam
ANTIADIPOSITUM(MC) Elveția: Catină + Cafeină
APO-PERAM(MC) Canada: Amitriptilină + Perfenazină
AXINTO(MC) R.F.G.: Noxiptilină + Butaperazină
BAMADEX(MC) Anglia: Dexamfetamină + Meprobamat
BENPON(MC) R.F.G.: Nortriptilină + Flupentixol
BIPHETAMINE(MC) Italia, S.U.A.: Amfetamină + Dexamfetamină
BLOCARDYL S(MC) Argentina: Propranolol + Clordiazepoxid
BRAINAL(MC) Spania: Deanol Acetamidobenzoat + Piritinol
CAFILON(MC) Austria, Elveția, R.F.G., Spania: Fenmetrazină + Fenbutrazat
CHLORBAMATE(MC) Grecia: Meprobamat + Hidroxizin
CLINDORM(MC) R.F.G.: Meprobamat + Aceprometazină
CLOMIFENSIN(MC) R.F.G.: Nomifensin + Clobazam
CLOSERPIL(MC) Spania: Clorpromazină + Reserpină
COFFADYN(MC) Elveția: Dexamfetamină + Cafeină
COKTELIN-H(MC) Japonia: Clorpromazină + Prometazină
COMPENSOL(MC) Mexic: Diazepam + GABOB
COMPLUTINE AZUL(MC) Spania: Perfenazină + Diazepam
COMPLUTINE ROJA(MC) Spania: Fenelzină + Diazepam
CONACID-D(MC) Argentina: Noxiptilină + Dipotassium Clorazepate
CUAIT D(MC) Brazilia: Tranilcipromină + Trifluoperazină + Diazepam
DASTEN-PLUS(MC) Brazilia: Mazindol + Diazepam
DEADYN(MC) Elveția, Italia: Pemolină + L-Glutamină
DEANXIT(MC) Spania, Elveția: Melitracen + Flupentixol
DEBRUMYL(MC) Franța: Deanol Piroglutamat + Heptaminol
DENUBIL(MC) Spania: Deanol Piroglutamat + Heptaminol
DEPRELIO(MC) Spania: Amitriptilină + Perfenazină
DEPROL(MC) S.U.A.: Meprobamat + Benactizin
DESCRAPTIN(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
DIAPATOL(MC) Italia: Amitriptilină + Clordiazepoxid
DIAZEPOXIN(MC) Spania: Nortriptilină + Clordiazepoxid

DIAZEPRIN(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
DOMALIUM(MC) Spania: Diazepam + Fenitoin
DOMINANS(MC) Italia: Nortriptilină + Flufenazină
DOPRENE(MC) Grecia: Deanol Piroglutamat + Heptaminol
DORKEN(MC) Spania: Dipotassium Clorazepate + GABOB + Piridoxină
DUREMESAN(MC) Elveția: Meclozină + Cafeină
DUROPHET(MC) Anglia, Australia: Dexamfetamină + Levamfetamină
ELDORAL(MC) R.F.G.: Nortriptilină + Flufenazină
ELIREM(MC) Grecia: Meprobamat + Hidroxizin
ERGOCALM(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
ESBELCAPS(MC) Mexic: Fenproporex + Diazepam
ESKAPAR(MC) Elveția: Tranilcipromină + Trifluoperazină
ESKATROL(MC) S.U.A.: Dexamfetamină + Proclorperazină
ETRAFON(MC) Canada, S.U.A.: Amitriptilină + Perfenazină
ETRAFON-A(MC) Canada, S.U.A.: Amitriptilină + Perfenazină
ETRAFON-D(MC) Canada: Amitriptilină + Perfenazină
ETRAFON-F(MC) Canada: Amitriptilină + Perfenazină
ETRAFON-FORTE(MC) S.U.A.: Amitriptilină + Perfenazină
FASEINA FORTE(MC) Italia: Reserpină + Orfenadrină
FILON(MC) Anglia: Fenmetrazină + Fenbutrazat
GAMIBETAL(MC) Portugalia: Diazepam + GABOB
HARMOMED(MC) Austria: Dosulepin + Diazepam
HIPOFAGIN(MC) Brazilia: Amfepramonă + Diazepam
HIREPIN(E)(MC) Ungaria: Clorpromazină + Prometazină + Reserpină
HISTILOS(MC) Suedia: Hidroxizin + Meclozin + Acid nicotinic
HYPNITAL(MC) Suedia: Clometiazol + Prometazină
ID-SEDIN(MC) Brazilia: Reserpină + GABA
IMPLICANE(MC) Argentina: Tranilcipromină + Trifluoperazină
INIBEX(MC) Brazilia: Amfepramonă + Diazepam
INNOVAN(MC) Argentina: Droperidol + Fentanil
INNOVAR(MC) Canada, S.U.A.: Droperidol + Fentanil
INOVAL(MC) Brazilia: Droperidol + Fentanil
IPIOBAT(MC) Grecia: Amitriptilină + Perfenazină
IREMISAL(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
JATROSOM(MC) Austria, R.F.G.: Tranilcipromină + Trifluoperazină
KARILE(MC) Argentina: Nortriptilină + Perfenazină
KINORTINA(MC) Spania: Dexamfetamină + Cafeină
KINORTINE(MC) Franța: Dexamfetamină + Cafeină
KLEVOCALM(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
KLOTRIPTYL(MC) Finlanda: Amitriptilină + Clordiazepoxid
KLOTRIPTYL MITE(MC) Finlanda: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LARGATEX(MC) Spania, Franța: Clorpromazină + Trihexifenidil + Heptaminol
LEOCASIL(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
LEPTANAL(MC) Suedia: Droperidol + Fentanil
LEPTOFEN(MC) Italia: Droperidol + Fentanil
LEPTOZINAL(MC) Italia: Clorpromazină + Prometazină
LEXPIRIDE(MC) Brazilia: Bromazepam + Sulpiridă
LIBICHROM(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
LIBIMAL(MC) Grecia: Meprobamat + Clordiazepoxid
LIBRAFIN(MC) Grecia: Meprobamat + Clordiazepoxid
LIBROKSIL(MC) Turcia: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LIBRONIL(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
LIMBATRIL(MC) R.F.G.: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LIMBATRIL F(CM) R.F.G.: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LIMBATRIL TABS(MC) R.F.G.: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LIMBATRILIN(MC) Chile: Amitriptilină + Clordiazepoxid
LIMBATRILIN F(MC) Chile: Amitriptilină + Clordiazepoxid.
LIMBITROL(MC) Bulgaria, S.U.A.: Amitriptilină + Clordiazepoxid

TRATOBES(MC) Argentina : Amfepramonă + Fenproporex + Diazepam
TRIAVIL(MC) S.U.A. : Amitriptilină + Perfenazină
TRIPHENAZE(MC) Grecia : Amitriptilină + Perfenazină
TRIPHENAZE F(MC) Grecia : Amitriptilină + Perfenazină
TRIPNOL(MC) Italia : Clorpromazină + Prometazină
TRIPNOL FORTE(MC) Italia : Clorpromazină + Prometazină
TRIPTAFEN(MC) Anglia : Amitriptilină + Perfenazină
TROPARGAL(MC) Spania : Nortriptilină + Diazepam
VAGOSTABYL(MC) Grecia : Meprobamat + Clordiazepoxid
VALISAL(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
VEGESTABIL(MC) Argentina : Sulpiridă + Dipotassium Clorazepate
VESITAN(MC) Elveţia, R.F.G. : Tiopropazat + Clofenciclan
VISERGIL(MC) Elveţia, Italia : Tioridazin + Co-Dergocrină
VISERGOL(MC) Argentina : Tioridazin + Co-Dergocrină
XENIASEN(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam

1116. **ASOCIAŢIA MONDIALĂ DE PSIHIATRIE** • Fondată în 1961, A.M.P. reuneşte asociaţii profesionale ale medicilor şi oamenilor de ştiinţă din 75 de ţări şi întreţine relaţii de colaborare strînsă cu OMS. Asociaţia dispune de 19 secţiuni şi comitete, fiecare însărcinat cu cîte un aspect tehnic particular, referitor la psihiatrie. De asemenea, asociaţia participă la lucrările comitetelor consultative ale OMS pentru elaborare de programe regionale privind sănătatea mintală şi la activitatea unora dintre comitetele de experţi. O mare parte a membrilor birourilor de secţie sînt şi experţi OMS pe probleme. Asociaţia organizează periodic congrese de specialitate ; ultimul (cel de-al III-lea) s-a desfăşurat la Viena, în iulie 1984. România participă la activităţile A.M.P. încă de la înfiinţarea acesteia.

1117. **ASOCIAŢIE(T)** *test* • Metodă pusă la punct de psihiatrii ROSANOV, KENT şi JUNG ; se bazează pe asociaţia liberă sau controlată experimental, fiind utilizată în psihodiagnoza personalităţii normale şi patologice. Metoda constă în prezentarea succesivă a unei serii (liste) de cuvinte cu conţinut neutru sau afectogen, subiectul trebuind să răspundă la fiecare cuvînt-stimul, cu un alt cuvînt. Cînd subiectul răspunde cu primul cuvînt care-i vine în minte, indiferent de structura sau natura acestuia, este vorba de un test de asociaţie liberă (introdus de JUNG, 1919). Cînd se solicită din partea subiectului să răspundă fie numai cu substantive (sau verbe, sau adjective), fie numai cu sinonime (antonime etc.) sau cu un şir de cuvinte, în timp determinat, avem de-a face cu un test de asociaţie controlat. Concomitent, se înregistrează timpul de reacţie şi particularităţile comportamentului manifest. Cel mai cunoscut test de acest gen este lista (de 100 de cuvinte) Kent-Rosanov (1927).

1118. **ASOCIAŢIE VERBALĂ LIBERĂ** • În sens psihanalitic, desemnează înlănţuirea spontană a ideilor, consecutivă înlăturării cenzurii logicii asupra exprimării verbale. FREUD este cel care creează şi utilizează această metodă ; încercînd să învingă amnezia posthipnotică din cursul şedinţelor de hipnoză pe care le practica, FREUD a observat că atunci cînd insista ca subiectul să facă un efort, acesta era capabil să evoce tot ceea ce i se spusese. Apoi a încercat să aplice aceeaşi tehnică subiecţilor pe care nu-i putea hipnotiza, cerîndu-le să spună tot ceea ce le venea în gînd, fără să omită nimic, oricît de nesemnificativ li s-ar părea că este acel detaliu. FREUD a ajuns astfel la concluzia că aceste asociaţii libere nu sînt în realitate total libere, ci sînt controlate de subconştient ; asociaţiile libere constituite astfel un material bazal verbal, nedeformat de cenzură şi deci mai adecvat analizei. De aceea, FREUD a şi numit această metodă „psiho-analiză" (psihanaliză). Principiul elaborat de FREUD a fost preluat de JUNG, care a imaginat testul asociaţiilor verbale libere ; acesta constă în următoarele etape : se oferă anumite cuvinte, stimul, la care subiectul trebuie să răspundă imediat cu primul cuvînt care-i vine în minte (există în aceste cuvinte-stimul anumite semnificaţii scontate). Analiza ulterioară a asociaţiilor verbale libere poate developa conflicte inconştiente, pulsiuni refulate etc., care vor putea fi astfel „raţionalizate" şi „rezolvate" → PSIHOTERAPIA ANALITICĂ.

1119. **ASOCIAŢIONISM** • Şcoală de psihologie care a făcut mare vogă în perioada secolelor XVIII—XIX, reprezentanţii ei aparţinînd atît curentului materialist (Th. HOBLEES, P. HARTLEY, J. PRIESTLEY), cît şi celui idealist (B. BERKELEY, D. HUME, J. MILL şi A. BAIN). Doctrina acesteia susţinea că viaţa psihică, procesele sale nu sînt altceva decît rezultatul unui joc între diferite stări

psihice, al unor combinări și recombinări, al unor elemente psihice fundamentale și ireductibile. Pornind de la legile asociației stabilite de ARISTOTEL (contiguitate, asemănare și contrast), s-a trecut la explicarea formării senzațiilor ca elemente de bază care se asociază pentru a da naștere la percepții, acestea se asociază la rîndul lor formînd reprezentări, concepte, judecăți, raționamente. Această adevărată psihologie atomistă, reducînd complexitatea vieții psihice la o suită de evocări asociative automate, dependente de legea riguroasă a secvenței stimulilor care acționează asupra substanței nervoase cerebrale, a stat la baza unor descoperiri (PAVLOV și BECHTEREV) în domeniul reflexelor nervoase. Aspectul mecanicist al teoriei a constituit punctul cel mai sever criticat de toate psihologiile dinamiste care s-au dezvoltat ulterior (ale formei, existențialismul, organo-dinamismul, psihanaliza, operaționalism, structuralismul etc.). Behavioriști ca E. GUTHRIE, J. WATSON ș.a. acordă, totuși, asociației un mare credit în fundamentarea teoriei învățării ; importanța asociației este relevată în explicarea acțiunilor elementare de memorie și învățare a deprinderilor.

1120. **ASOCIATIVITATE** ● Proprietate pe care o are o operație matematică sau o lege de compunere de a fi asociativă : legea de compunere ⊥ este asociativă dacă pentru trei elemente a, b, c avem $(a \perp b) \perp c = a \perp (b \perp c)$. J. PIAGET preia acest caracter asociativ pentru a-i găsi loc în sistemul de operații mintale, al cărui principiu de varianță a rezultatului poate fi astfel explicat : „dacă același rezultat este atins pe două căi diferite, este totuși recunoscut ca fiind același". Asociativitatea poate fi aplicată și structurilor senzorio-motorii, ca și grupurilor operatorii care intră în structura inteligenței.

1121. **ASOMATOGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *soma* „corp" ; *gnosis* „cunoaștere") sin. AUTOSOMATOGNOZIE ● Imposibilitatea recunoașterii (și conștientizarea actului) a unui segment sau a întregului corp. Este o tulburare de schemă corporală.

1122. **ASONANȚĂ** (cf. lat. *assonare* „a răspunde în ecou") ● Rimă imperfectă, formată din repetarea aceleiași vocale accentuate, la sfîrșitul a două versuri sau într-o frază, însoțită de consoane asemănătoare, pentru a produce efecte expresive. Se poate defini și ca o corespondență de sunete cu identitate proprie accentuată. În patologia psihiatrică, aparține sindromului maniacal (asociație de idei făcută superficial, elementar), schizofreniei (asociații anormale automate, superficiale), oligofreniei și demențelor.

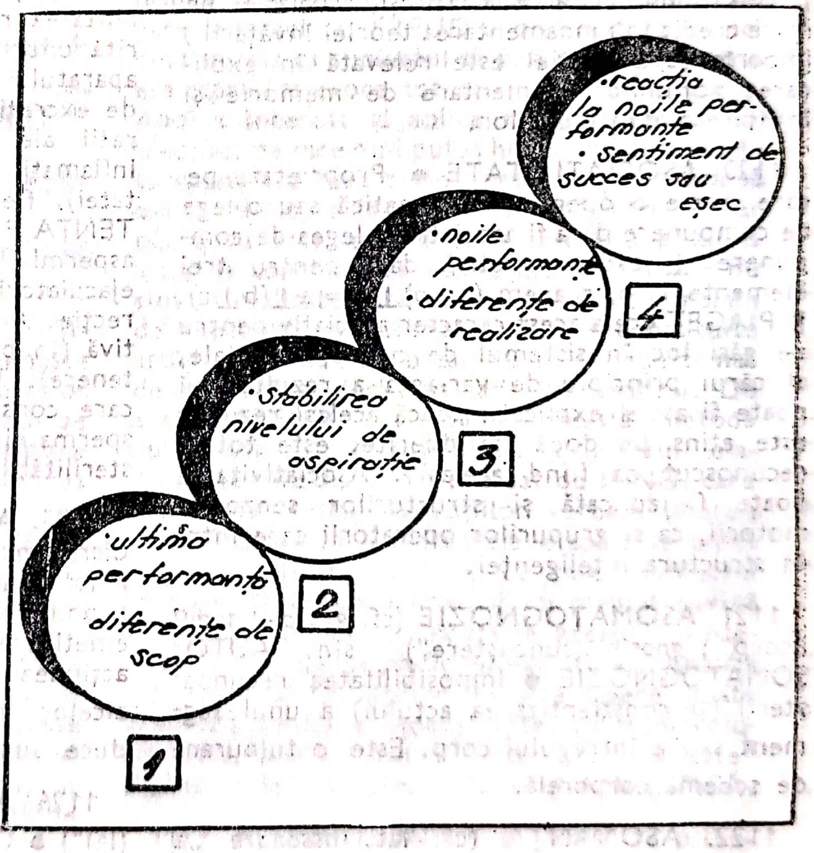
1123. **ASPERGER**[s] *sindrom* ● Formă particulară de autism infantil, descrisă de cel care i-a dat numele, în 1944, constînd într-o hiperactivitate intelectuală, dublată de o sărăcire emoțională, ce apare la copilul mai mare de trei ani, accentuîndu-se în primii ani de școală. Manifestarea mai tardivă și păstrarea nealterată a funcției de comunicare îl face să se deosebească esențial de autismul Kanner, avînd un prognostic mult mai bun decît acesta. Insuficiența capacității de „cosuferință" (LICICO), ca și lipsa intuiției și a posibilității de folosire a experienței de viață anterioare (ASPERGER) constituie deficitul principal al acestor subiecți.

1124. **ASPERMIE** (cf. gr. *a-* ; *sperma* „spermă, sămînță") sin. ASPERMATISM ● Imposibilitatea realizării actului ejaculării fie datorită unor obstacole realizate de afecțiuni ale aparatului genito-urinar la nivelul canalelor de excreție a lichidului seminal (șancru, ulcerații ale corpilor cavernoși sau spongioși, inflamații sau tumori ale uretrei sau ale prostatei), fie condiționării psihogene (→IMPOTENȚA PSIHOGENĂ). În acest din urmă caz, aspermia constituie o formă de impotență ejaculatorie însoțită, de obicei, și de anerecție. Anejacularea poate fi totală sau electivă (în prezența numai a unei anumite partenere). Trebuie deosebită de azoospermie, care constă în absența spermatozoizilor din sperma ejaculată și care constituie mecanismul sterilității masculine.

1125. **ASPERSINAL**[M] Argentina — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilamino-propil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN[M].

1126. **ASPIRAȚIE** (cf. lat. *aspirare* „a aspira (la)") ● Categorie psihologică de natură motivațională complexă, expresie a unui ansamblu de factori motivaționali, conștienți sau inconștienți, manifestată ca dorință sau năzuință intensă, către un scop puternic valorizat de un individ sau grup de indivizi, scop care conține în el însuși un ideal. Aspirația implică tendința de autoafirmare prin identificarea

cu un model ideal, de obicei un model care intră în modelele comune, de serie. Aspirația, ca angajare motivațional-afectivă conștientă spre un scop, antrenează și factorul volițional. După A. MASLOW aspirația „este un ansamblu de forțe sau tendințe ce izvorăsc din motivația de creștere". Practic, aspirația în sine poate fi o motivație de creștere. CHOMBART de LAUWE consideră aspirația ca fiind o „dorință activată de imagini, modele care sînt implicate într-o cultură și contribuie la continua ei înnoire". Dinamica aspirațiilor individuale evoluează în funcție de sex, vîrstă, particularitățile psihologice ale persoanei, nivelul de instruire, experiențele trăite, relațiile stabilite în cadrul acestor experiențe, modelele care au intrat în jocul identificărilor în experiența persoanei, posibilitățile reale de care dispune persoana, tendințele de a împlini sau depăși aceste posibilități, complexele inconștiente (de exemplu, un complex de inferioritate poate genera o serie de manifestări cu semnificație de autoafirmare, manifestări susținute, în plan conștient sau preconștient, de aspirația spre un scop puternic valorizat). Aspirația se reglează în funcție de cunoașterea de sine, de experiența acumulată, de succesul sau eșecul persoanei într-un domeniu anume de activitate. LEWIN (psihologia dinamică) a introdus termenul de nivel de aspirație, înțelegînd prin acesta valoarea scopului de împliniri, așa cum o percepe și o așteaptă subiectul (împlinirea scopului la parametrii la care subiectul este satisfăcut). Nivelul de aspirație este legat de posibilitățile reale pe care le are o persoană, dar în mod special, el se leagă de motivație (un nivel de aspirație foarte ridicat sau foarte scăzut presupune existența unor motive puternice, frecvent inconștiente, mai ales dacă între aspirație și disponibilitatea autentică există mari discrepanțe — de exemplu, cazul nevroticului). După HOPPE (citat de P. POPESCU-NEVEANU), nivelul de aspirație conține scopuri, expectații, revendicări ale unei persoane, referitor la o sarcină anume. Există, de asemenea, o legătură între nivelul de aspirație al individului și nivelul grupului de apartenență (fie acesta grup profesional, familial etc.). Nivelul de aspirație însuși funcționează ca motiv în alegerea sau în realizarea anumitor activități. Un nivel de aspirație optim presupune ca individul să aibă așteptări concordante cu posibilitățile sale, în funcție de aceste posibilități, deci presupune o autocunoaștere în special a motivelor și a capacităților sale. Discrepanța între performanța dorită (gradul de expectație) și performanța realizată (gradul de reușită) se consideră a fi măsura nivelului de aspirație. Definit inițial de HOPPE (1930), prin raportul dintre succesul real și succesul scontat, nivelul de aspirație și dinamica sa au constituit preocuparea multor psihologi și sociologi (DEMBO, 1931; FRANK, 1935 și, în special K. LEWIN, FESTINGER, THOMSON, ROBAYE și SEARS). S-a arătat astfel că valența succesului unui nivel de dificultate dat este funcție de sistemul de referință utilizat de subiect. Dinamica nivelului de aspirație, după K. LEWIN, se poate urmări după următoarea schemă:



Cunoașterea propriilor reușite sau a succeselor obținute de către indivizi considerați mai puțin capabili conduce, în general, la creșterea nivelului de aspirație, fie ca o consecință a creșterii încrederii în forțele propri

Scanned with OKEN Scanner

și ridicării consecutive a expectanțelor, fie din accentuarea competiției. Legat de studiul de laborator și experimental al dinamicii nivelelor de aspirație, s-a căutat să se determine și nivelul de expectație sau mobilul reușitei, HICHCOCK (1903) realizînd în acest sens o interesantă monografie.

O problemă importantă este cea a raportului dintre aspirație și posibilitate, cu implicații în psihiatrie. În cazul nevroticului, există totdeauna un decalaj între aspirație și posibilitate, acesta fiind un învins datorită nivelului aspirațiilor care depășesc posibilitățile, fapt care, în funcție de tipul de personalitate îmbracă diferite forme de manifestare (de la apatie la crizele de excitație isterică). În cazul psihoticului, vom întîlni o disociere, în sensul că posibilitățile sînt încă ale acestei lumi, iar nivelul și tipul aspirațiilor aparțin altei lumi. Varietatea formelor de manifestare va fi însă infinită (nu limitată, ca în cazul nevroticului), pentru că alături de tipul de personalitate va intra în ecuație și tipul aspirațiilor, tot atît de infinite ca și „lumile" cărora le aparțin — create de fiecare psihotic în parte și caracterizate printr-o implozie specifică. În cazul personalităților dizarmonice, conflictul dintre aspirație și posibilitate devine un joc în care fiecare crede că este cîștigător — dizarmonicul (subiectul) crezîndu-se de drept victorios, încă înainte de a lupta, și niciodată învins, în ciuda eșecului cert în care se zbate ; este, în același timp, un revoltat, pentru că, afară de el, nimeni nu-i recunoaște victoria. Poate doar psihastenicul, face o notă aparte, el fiind un învins înainte ca lupta să aibă loc.

1127. **ASSIVAL** [M] Israel — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM[M].

1128. **ASTAZIE** (cf. gr. *a-* ; *stasis* „acțiunea de a menține poziția verticală") ● Imposibilitatea de a realiza și păstra poziția verticală. Tulburare existentă în afecțiunile organice ale sistemului nervos central, este frecvent însoțită de ABAZIE→. În psihiatrie, poate fi întîlnită în nevroza isterică — ușor de evidențiat prin absența oricărui semn de organicitate.

1129. **ASTAZOABAZIE** (A.A.) (cf. gr. *a-* ; *stasis* ; *basis* „picior") sin. APRAXIA MERSULUI — GERSTMAN ; BLOCQ[B] boală ● Imposibilitate a menținerii poziției verticale și utilizării convenabile a membrelor inferioare, în absența oricărei paralizii. În aceste condiții, subiectul este incapabi să-și miște membrele (făcînd greșeli grosolane) și să realizeze poziția verticală. În neurologie, se întîlnește în leziunile de lob frontal (considerat de unii autori drept coordonatorul fin al echilibrului) ; nu de aceeași părere este și BARRE, care consideră drept cauză a acestei manifestări leziunea căilor vestibulare centrale. În psihiatrie, este cunoscută drept o manifestare psihomotorie paroxistică în nevroza isterică, avînd drept elemente definitorii : imposibilitatea de a sta în poziție vericală și de a merge singur — acte realizate numai cu însoțitori, absența oricăror elemente obiective legate de motilitate sau sensibilitate, debut brusc — legat, de obicei, de o traumă psihică, reversibilitate totală și spectaculară, caracter repetitiv.

1130. **ASTENIE** (cf. gr. *asthenes* „fără forță") ● Lipsa forței fizice și intelectuale sau a dorinței de manifestare a acesteia, consecutivă fatigabilității crescute. Astenia este unul dintre simptomele cele mai obișnuite din patologia generală, constituind, în același timp, cu unele excepții, o prezență aproape permanentă în psihiatrie. Cirumstanțele apariției acestei stări sînt diverse ca natură :

- fiziologice : malnutriția, convalescența, puseele de creștere din adolescență, sarcina, lăuzia, perioada de lactație, surmenajul ;
- reacționale, consecutive suprasolicitării intelectuale, senzoriale, afective sau fizice, ce dispar odată cu repausul necesar ;
- infecțioase : în special gripa, hepatita epidemică, tuberculoza (practic orice boală infecțioasă) ;
- digestive ;
- cardiace ;
- hematologice ;
- toxice : intoxicațiile medicamentoase (supradozări), plumb, tetraclorură de carbon, bismut, chinină, oxid de carbon etc. ;
- neurologice : algii cronice, miastenie ;
- endocrine : boala Addison, boala Basedow, mixedemul, diabetul, insuficiența gonadică, sindroamele hipofizare.

Astenia fizică se poate traduce printr-o senzație de moleșeală excesivă, de slăbire a forței musculare, însoțită de o modificare neplăcută a cenesteziei. Astenia psihică s-ar manifesta, după ROELENS, prin triada simptomatică : dezinteres (apatie, inerție, inape-

tență, neparticipare, lipsă de inițiativă, dezangajare), sentiment de neputință (autoapreciere pesimistă a posibilităților, „reacție afectivă generală" — MONTASSUT) și sentiment de insecuritate (solicitările diurne resimțite ca amenințătoare). De altfel, și alte manifestări vin să întregească descrierea psihopatologică a asteniei psihice: dificultățile de evocare, scăderea controlului asupra atenției și efortul suplimentar permanent ce trebuie făcut în legătură cu concentrarea prosexică, tuburarea derulării spontane a operațiilor mintale (tradusă prin scăderea debitului verbal, a acuității și preciziei expresiei verbale și a creativității). Este de remarcat însă că astenia fizică și psihică sînt, în marea majoritate a cazurilor, resimțite în mod unitar.

Stabilirea unei etiologii corecte prezintă o importanță diagnostică deosebită. În psihiatrie, astenia se poate întîlni într-o serie largă de circumstanțe, căpătînd caractere, dacă nu tranșante, cel puțin discret diversificate, ajutînd orientarea diagnostică.

● *Astenia din nevroze* este banală, în sensul prezenței cu o frecvență ridicată în tablourile clinice; ea este aproape ubicuitară în istoria fiecărui nevrotic. Unii autori vorbesc chiar de o „astenie latentă", caracteristică nevroticului. Continuă să persiste întrebarea dacă astenia este o realitate sau o „credință" în nevroză, ca și insomnia. Neurastenia conține în triada sa definitorie astenia, ca simptom în care se intrică fatigabilitatea, hipoprosexia și oboseala nervoasă, ceea ce dă o coloratură specifică ritmului de lucru diurn, caracterizat printr-o „prăbușire matinală".

● *Astenia din psihoze* are aspecte clinice variate, în funcție de entitatea în care apare. Poate fi întîlnită în stările depresive, în care, cel puțin la debut, este extrem de greu de separat de depresia propriu-zisă. Apatia, lentoarea, fatigabilitatea, retragerea din fața efortului vor fi însă trecute curînd într-un plan secund, sub presiunea tristeții și a ideilor depresive. În schizofrenie, astenia poate fi un simptom major de debut, ceea ce impune cu necesitate, pentru evitarea erorilor, căutarea semnelor discordanței la subiecții tineri, prezentînd nemotivat sindroame astenice importante. Astenia face frecvent parte din tabloul postprocesual, aspect asupra căruia nu mai insistăm. Demențele (în special paralizia generală progresivă și demența arteriopatică) pot lua la debut un aspect dominat de astenie, de fapt, mai corect spus, de fatigabilitate tot mai marcată.

● *Astenia din structurările dizarmonice de personalitate* se manifestă ca o incapacitate de angajare în efort, care apare astfel ca insurmontabil, depășind aprioric posibilitățile de acțiune ale subiectului. Este o oboseală în fața reprezentării mintale a efortului, o supradimensionare care epuizează, în primul rînd psihologic, subiectul. Competiția devine pentru acesta insuportabilă, iar posibilitățile sale de compensare sînt iluzorii. Astenia este unicul refugiu al personalităților dizarmonice de tip astenic, care trăiește față de ea sentimente ambivalente. Dizarmonicul de tip psihastenic este asediat în permanență de ideile pe care caută să le învingă, trăiește oboseala pe care acest efort i-l produce, cu sentimente dintre cele mai neplăcute, trecînd prin veritabile crize de oboseală. Psihastenicul trăiește (JANET) „un oribil sentiment al oboselii".

● *Astenia din afecțiunile psihosomatice* este un simptom constant dată fiind scăderea resurselor dinamico-energetice din aceste boli.

F. ALEXANDER arată că subiecții antrenați într-o activitate care nu-i interesează obosesc foarte rapid și că această oboseală (însoțită de hipoglicemie prin hiperinsulinism funcțional) ar fi rezultatul unei „absente obișnuite și universale a interesului", apărînd mai ales atunci cînd subiectul trebuie să se resemneze să continue lucrarea împotriva căreia „se revoltă în interior". De altfel, este notoriu faptul că o activitate, chiar minimă sub aspectul efortului, dacă este nedorită, devine cu mult mai obositoare decît una realizată cu elan afectiv sporit.

În legătură cu mecanismele psihopatologice ale asteniei s-au lansat o serie de ipoteze, care nu și-au putut dovedi coerența globală. Astfel, explicațiile fiziopatologice s-au oprit, rînd pe rînd, asupra modificărilor umorale (creșterea raportului K^+/Na^+, creșterea alcalozei, hiperinsulinismul), a tulburărilor suprarenale, a tulburărilor adaptative subliniind rolul cuplului neuroendocrin (H. SELYE), a tulburărilor diencefalice (această zonă fiind considerată centrul coordonator al „elanului vital" — DELAY). La aceste explicații se adaugă studiile genetice (care ar arăta o netă predispoziție familială) și cele tipologice, care stabilesc corelații semnificative statistic între tipurile longilin sau leptosom, ba chiar descriu „constituția astenică". Explicațiile psihologice merg pe două direcții principale: cea psihanalitică subliniind refularea instinctuală drept cauză generală în cadrul așa-numitului punct de vedere „economic" (FREUD), și cea care acordă importanță factorilor afectivi și tensiunii psihologice (P. JANET). Cu toate că fiecare dintre ipotezele anterioare sînt susținute cu argumente și realități, nici una nu poate-

da o explicaţie mulţumitoare, care să ofere şi modelul terapeutic. Amintim formularea lui F. ALEXANDER, după care interacţiunea complexă şi delicată între funcţiile psihicului şi cele neuroendocrine poate crea dificultăţi insurmontabile celor care ar dori stabilirea riguroasă a unui factor primar în patologia asteniei.

1131. **ASTENIE NEUROCIRCULATORIE** — sin. ACŢIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (D.A.H.); CORD IRITABIL; INIMA SOLDATULUI; NEVROZĂ CARDIACĂ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAŢIE; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE → DA COSTA(S) sin. sindrom.

1132. **ASTENIC** — *tip morfologic* ● Descris de KRETSCHMER, tipul astenic constituie unul dintre cele patru biotipuri umane de bază (alături de picnic, atletic şi displastic) din clasificarea sa biotipologică. Tipul astenic este înalt, cu toracele lung şi îngust, umerii apropiaţi, extremităţi lungi. Capul este mic, rotund şi faţa puţin alungită. Oasele şi muşchii sînt subţiri. Pielea deschisă la culoare, părul şi sprîncenele abundente, în timp ce restul corpului este mai puţin acoperit de păr. În observaţiile sale clinice, KRETSCHMER a remarcat o corelaţie semnificativă între tipul astenic şi schizofrenie, comparativ cu celelalte biotipuri în raport cu această boală.

1133. **ASTENOFOBIE**(F) (cf. gr. *asthenes* „fără forţă" ; *phobos* „frică") ● Teamă excesivă şi nemotivată de oboseală ; este puţin întilnită şi necesită o diferenţiere netă de astenie, deosebit de frecvent întîlnită în afecţiuni psihice, care reprezintă senzaţia (motivată sau nu) de oboseala apărută după începerea efortului.

1134. **ASTENOPIE** (cf. gr. *asthenes* ; *ops* „vedere") ● Oboseală oculară, mai ales a vederii apropiate susţinute, produsă prin :

- fatigabilitatea acomodării (astenopie acomodativă) ;
- fatigabilitatea muşchilor care asigură convergenţa (astenopie musculară) ;
- modificarea recepţiei la nivelul retinei (astenopie nervoasă) ;
- modificarea recepţiei la nivelul cortexului occipital (astenopie cerebrală).

Simptomul se întîlneşte în surmenaj, în neurastenie, dar şi secundar administrării medicamentelor psihotrope (neuroleptice, antidepresive triciclice, tranchilizante), avînd un caracter reversibil.

1135. **ASTERIXIS** (cf. gr. *a-* ; *stereos* „solid, ferm") ● Incapacitatea unei persoane de a-şi menţine o poziţie fixă în spaţiu. Se poate observa cu precădere la extremităţile membrelor superioare în extensie (hiperextensia degetelor şi miinilor). Se manifestă printr-un tremor neregulat asimetric, involuntar, al miinilor şi degetelor, cu tendinţa braţelor la cădere din cauza incapacităţii subiectului de a-şi păstra poziţia impusă. Mişcările sînt bruşte, variind de la uşoare mişcări de lateralitate a degetelor, la mişcări ample de flexie ale degetelor şi miinilor. Subiectul nu poate controla voluntar mişcarea. Prezenţa bilaterală a fenomenului de asterixis este patognomică pentru delirium. Deşi descrisă ca fiind generală în afecţiunile hepatice şi legată de o posibilă encefalopatie hepatică, tulburarea se poate observa în orice tip de delirium.

1136. **ASTEREOGNOZIE** (cf. gr. *a-* ; *stereos* ; *gnosis* „cunoaştere") ● Imposibilitatea recunoaşterii unui obiect prin simţul tactil, atît sub aspectul calităţii, cît şi al formei, în ciuda experienţei anterioare şi a absenţei leziunilor în etajul de recepţie al analizatorului. Astereognozia poate fi : primară (→AHILOGNOZIE ; AMORFOGNOZIE) şi secundară (→ ASIMBOLIE TACTILĂ). În psihiatrie, astereognozia este prezentă numai în patologia organică (psihoze organice, toxice, infecţioase traumatisme, tumori).

1137. **ASTEROPSIE** (cf. gr. *a-* ; *stereos* ; *ops* „vedere") ● Tip de agnozie vizuală, cu referinţă la reprezentarea şi organizarea spaţiului apropiat ; duce la imposibilitatea subiectului de localizare a obiectelor apropiate, care îi par plasate în acelaşi plan în spaţiu, prin pierderea diferenţierii de profunzime.

1138. **ASTM** (cf. gr. *asthma* „respiraţie dificilă, astm") ● Boală obstructivă respiratorie, cu caracter recurent, afectînd căile bronşice, în care tripleta : bronhoconstricţie, edem, hipersecreţie apare determinată de o largă varietate de stimuli. Astmul este considerat o afecţiune psihosomatică multifactorial condiţionată, în care se intrică factori imunologici, psihologici şi organici. Factorii psihologici joacă un rol deosebit nu numai ca factori predispozanţi sau de iniţiere a bolii, ci mai ales, în întreţinerea acesteia. F. ALEXANDER arată că există o relaţie inversă între numărul factorilor psihologici şi al celor organici, dar

JONES este de părere că numai în a cincea parte din cazuri pot fi puşi în evidenţă factori specifici declanşatori. E. SEROPIAN depistează factorul psihic numai într-un sfert din numărul de cazuri, în timp ce alţi autori (KEREKJÖRTO, RESS, NEMETZ, STAUDENMAYER) îl găsesc în proporţii mult mai ridicate. Un exemplu important îl reprezintă astmul extrinsec al copilului, în cazul căruia simpla scoatere a acestuia din mediul ambiant este urmată de dispariţia crizelor, care reapar însă la revenirea lui în mediu. De asemenea, în astmul alergic, apariţia crizelor la vederea reprezentării alergenului (desen, fotografie — KOLB) sau reproducerea crizelor la sugestia hipnotică, precum şi declanşarea lor într-un mediu asemănător celui de apariţie (fără alergen), sînt dovezi nete în acest sens. Ameliorarea simptomatologiei de către medicaţia anxiolitică şi, mai nou, de cea antidepresivă (Ludiomil), chiar în situaţiile de status astmaticus, stabileşte nu numai o corelaţie etiologică incontestabilă, ci şi o cale terapeutică nouă. Explicarea psihodinamică a bolii a fost încercată de-a lungul timpului, cercetările lui ALEXANDER şi FRENCH finalizîndu-se la începutul deceniului al V-lea, într-un portret psihologic al astmaticului, în care trăsăturile se constituie din copilărie: teama de a pierde dragostea mamei, disperare neputincioasă, furie reprimată, „ţipăt înnăbuşit" (criză inhibată de plîns). Acestea vor deveni la pubertate din simple schiţe, veritabile crize astmatice. Studiile au fost reluate în această direcţie, descriindu-se aspectul depresiv al personalităţii bolnavilor (GRINKER, ROBINS) sau identificînd astmul cu criza de angoasă provocată de disproporţia dintre aspiraţie şi posibilităţi (JONES). Alţi autori au încercat descrierea unei „personalităţi asmatice" care s-ar concretiza în rigiditate, imoralitate, anxietate, reţinere pulsională, agresivitate inhibată. Alt model al personalităţii este cel propus de GRINKER: duritate, agresivitate, iritabilitate, încăpăţînare, intoleranţă. Acestor studii li se reproşează însă lipsa de obiectivitate în alegerea loturilor sau exagerarea interpretărilor psihanalitice. Cu toate acestea, ele aduc la suprafaţă elemente reale, care pun în adevărata lumină interconexiunea cauzală a factorilor intricaţi. Ca şi studiile comportamentaliste, care subliniază dificultăţile de adaptare ale astmaticului, imaturitatea sa afectivă, ele deschid căi fructuoase de abordare terapeutică, în care psihoterapia, terapia psihotropă, terapia familială se întregesc în arsenalul terapeutic al psihiatrului. Depăşind graniţele medicinei interne, boala astmatică, împreună cu cardiopatia ischemică şi ulcerul gastric, rămîne la interferenţa acesteia cu psihiatria.

1139. **ASTRAFOBIE**(F) (cf. lat. *astrum* „astru" gr. *phobos* „frică") ● Teamă cu caracter patologic de corpuri cereşti. Este greu de circumscris unor entităţi psihiatrice.

Asupra societăţii umane primitive, fenomenele astrale au exercitat întotdeauna o fascinaţie, dublată de o permanentă teamă, generată de incapacitatea oamenilor de a sesiza relaţii şi determinări privind aceste manifestări. Stelele căzătoare, cometele, eclipsele au generat, în diferite epoci istorice, stări de panică populaţiilor umane. Odată cu progresul cunoaşterii, aceste fobii şi-au redus frecvenţa, şi şi-au pierdut semnificaţia. Epoca modernă şi contemporană trăieşte sub semnul unei adevărate „astrafilii", desigur fără caracter patologic.

1140. **ASTRAPEFOBIE**(F) (cf. gr. *astrape* „fulger"; *phobos*) ● Teamă patologică de fulgere. Subiecţii care prezintă acest simptom trăiesc în timpul furtunilor o stare de mare agitaţie, accentuată de singurătate sau de incapacitatea de a găsi un loc de izolare. Este mai frecventă la copil.

1141. **ASTRAL** (cf. lat. *astrum* „astru") ● Adjectiv referitor la astre (planete, sateliţi, comete — corpuri cereşti care au lumină proprie sau primesc lumină de la un alt corp). Ca fiinţă cosmică, omul a fost, de la începuturile sale, fascinat de bolta cerească, a dorit să afle ce este dincolo de planeta sa, ce fire nevăzute îl leagă de Univers, de acele puncte luminoase, care sînt martore imuabile ale naşterii şi dispariţiei sale. Limitele cunoaşterii au germinat în mintea umană cele mai fantastice închipuiri, care au rămas în istoria civilizaţiei cu atributul mitologic. În această interpretare, omul nu a putut să nu alăture astrelor pe om, făurind suprafiinţe cărora le-a conferit supreme calităţi de zei. Dacă antichitatea a plăsmuit mituri ce i-au îmbogăţit şi înfrumuseţat spiritualitatea, în schimb evul mediu a adus un plus de mister şi vrajă în relaţia omului cu astrele. Astrologia, arta de a „prevesti" evenimentele, destinul, în raport cu poziţia relativă a astrelor, a căpătat o valorizare socială nemaiîntîlnită, în care a fost implicată şi medicina timpului. Sănătatea, sufletul şi corpul, gîndurile şi acţiunile fiinţei umane erau implacabil influenţate de planete. S-a ajuns chiar să se ofere o explicaţie pentru orice infirmitate sau boală. Astfel se consideră, că soarele guvernează creierul şi nervii, hemicorpul drept şi ochiul

sting al femeii ; Jupiter — plămînii, ficatul și glandele sexuale masculine ; Marte — rinichii ; Venus — uterul, sînii și aparatul genital al femeii ; iar Mercur — fenomenele psihismului. Școala medicală inițiată de PARA-

CELSUS a fost promotoarea fervență a acestei concepții, în care instrumentul terapeutic fundamental era forța magnetică.

Dacă știința medicală, prin achizițiile sale științifice, a înlăturat complet explicațiile fanteziste ale bolilor, care le puneau în legătură cu astrele, psihiatria mai cunoaște și astăzi astralul, sub forma de deliruri mai mult sau mai puțin sistematizate. Schizofrenia, parafrenia, psihozele paranoide, în special, sînt afecțiuni în care bolnavul are uneori convingerea delirantă că se află sub influența unei forțe astrale, care îi conduc acțiunile, voința, întreaga existență. Unii subiecți cu o dotare intelectuală modestă continuă și azi să acorde semnificații eronate unor banale fenomene astrale : comete, forma lunii, stele căzătoare. În ultimele decenii, s-a dezvoltat astrobiologia — ramură științifică distinctă, care se ocupă cu studiul fenomenelor biologice influențate de astre ; ea încearcă să aprofundeze și să expliciteze, de exemplu, relația dintre erupțiile solare și bioritm, în funcție de alternanța noapte-zi.

1142. **ASTROCITOM** (cf. lat. *astrum* ; gr. *kytos* „cavitate, înveliș") ● Tumoră cu localizare cerebrală, cu origine în țesutul glial și aspect histologic citoplasmatic diferit, în funcție de predominanța celulelor sau fibrelor gliale. Aceste tumori au o evoluție mai lentă. În localizarea frontală, astrocitoamele se manifestă, inițial, prin crize adversive focal-motorii sau generalizate. Ulterior, apar tulburări ale vorbirii expresive, bradipsihie, lipsă de inițiativă, euforie fără hiperactivitate, iritabilitate etc. În zona temporală, astrocitomul declanșează crize comițiale, crize psihosenzoriale, halucinații vizuale, olfactive, gustative, vizuale complexe, senzația de înstrăinare sau de „déjà-vécu". Cu cît tumorile cresc în profunzime, cu atît tulburările psihice scad în specificitate : depresie, apatie, bradipsihie, tulburări comportamentale, scăderea simțului critic, scăderea performanțelor cognitiv-operaționale. În zona temporală, astrocitoamele reprezintă 23% din tumori. În zona occipitală, astrocitomul determină halucinații vizuale în crize sau ca aură a unor crize, metamorfopsii, agnozii, alexii și afazii. Caracteristică pentru astrocitom pare apariția cefaleei și/sau a crizelor comițiale cu cîțiva ani înaintea celorlalte simptome. Deși astrocitomul poate apărea și în alte zone : corp calos, parietal, nu există o simptomatologie de diferențiere.

1143. **ASTROFOBIE**(F) (cf. lat. *astrum* ; gr. *phobos* „frică") ● Noțiune sub care BEARD a încercat să reunească o serie de frici legate de fenomene astronomice sau cosmice, cum ar fi : teama de uragane și furtuni (cheimofobie), asociată sau nu cu teama de tunete (brontofobie) și de fulgere (astrapofobie), cutremure (seismofobie). Termenul are deci un caracter generic, iar fobiile din această categorie sînt frecvente la copil și nu îmbracă întotdeauna un caracter patologic la adult.

1144. **ASTVATATUROV**(S) *sindrom* ● Descris, în 1928, de psihiatrul sovietic și sub numele de ACARIE, acest semn se caracterizează prin insistența, adezivitatea sîcîitoare a unor subiecți, de a-și întreba de mai multe ori medicul despre anumite lucruri față să mai aștepte răspunsurile acestuia. Explicația acestei manifestări este legată de disocierea inițiativei verbale de cea motorie și de existența unei rigidități psihice. Menționat inițial în stări psihopatoide postencefalitice și în coree, sindromul a putut fi observat, ulterior, în impregnarea neuroleptică.

1145. **ASTYN**(M) Japonia — DCI *Ectiluree* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etil-crotonil) uree, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și afecțiuni psihosomatice. Efecte secundare practic absente, cu o bună toleranță.

1146. **AȘTEPTARE ANXIOASĂ** ● Stare caracteristică în nevroza anxioasă, care există chiar și în absența crizelor de anxietate. Bolnavul anxios are nevoie permanent de încurajare din partea celor care îl înconjură. FREUD afirmă existența unei *„adevărate rezerve"* de anxietate liberă, gata să se fixeze

Scanned with OKEN Scanner

pe reprezentări mintale aleatorii. Așteptarea anxioasă implică: hiperestezie, echivalențe minore ale anxietății, tulburări hipnice (în special insomnie de adormire), antrenînd teama de momentul culcării, pseudofobii (frici de obscuritate, furtună, situații, date). Acestea din urmă sînt legate de o situație princeps incriminată de subiect ca stînd la originea răului său.

1147. ATAC → CRIZĂ ; PUSEU ; PAROXISM.

1148. ATAC STATIC ● Manifestări epileptice, caracterizate prin căderi brutale, în care este dificil de stabilit dacă există și o scurtă suspendare a conștiinței. Cauza căderii este o suprimare bruscă a tonusului muscular sau o mioclonie epileptică în flexie, a membrelor inferioare.

1149. ATAETHYL(M) R.F.G. — DCI *Disulfiram* → ANTALCOL(M) România.

1150. ATADIOL(M) Italia — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butadiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă. Este considerat un bun tranchilizant de zi.

1151. ATARACTIL(M) Portugalia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

1152. ATARAX(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Danemarca, Israel, Italia, Iugoslavia, Spania, S.U.A., Suedia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN(M).

1153. ATARAXIE (cf. gr. *ataraxia* „calm, liniște": *a-* ; *taraxis* „tulburare, agitație") ● Pentru DEMOCRIT, reprezenta un principiu moral conform căruia fericirea nu poate fi atinsă decît printr-o stare de liniște și seninătate sufletească și prin dominarea pasiunilor. Ulterior, a devenit principiul de primă mărime al tuturor doctrinelor morale din perioada elenisto-romană (epicurism, stoicism, scepticism). În medicină, în accepțiunea generală, ataraxia desemnează starea de pasivitate a unui organ, a unei funcții ; în psihiatrie, termenul a cîștigat în nuanțare, dar este definit mai mult prin contrast. Înțelesul său a fost acceptat prin opoziție cu hiperemotivitatea, anxietatea, instabilitatea și impulsivitatea, reflectînd un calm netulburat, impasibilitatea, liniștea, dar în nici un caz indiferența afectivă.

1154. ATARVITON(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1155. ATARZINE(M) Canada — DCI *Promazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

1156. ATAVISM (cf. lat. *atavus* „strămoș") ● Apariția la unii descendenți, a anumitor caracteristici ereditare, fizice sau psihice, despre care se presupune că au aparținut unor strămoși îndepărtați, caracteristici care nu s-au manifestat la una sau mai multe generații. Termenul este mai frecvent utilizat în biologie decît în psihiatrie și desemnează, de cele mai multe ori, menținerea și transmiterea ereditară a unor caracteristici fără importanță biologică pentru indivizii actuali, fiind dovada înrudirii filogenetice a organismelor. În psihologie, nu există exemple bine conturate de atavism, deși nu este improbabil ca multe componente din sfera inconștientului (inconștientul colectiv al lui JUNG), să poată fi privite ca atavice, în special cînd ele se manifestă deschis în viața de zi cu zi a individului. În psihiatrie, atavismul apare ca o reîntoarcere la forme primitive sau animalice, de comportament, datorită bolii. Este specific evoluției stărilor demențiale grave și poate fi întîlnit și în psihozele schizofrenice.

1157. ATAXIE (cf. gr. *ataxia* „dezordine, confuzie": *a-* ; *taxis* „ordine, aranjament") ● Absența sau dificultatea de a menține o ordine la nivelul unei funcții a organismului sau al unui sistem, fie el fizic sau psihic. Neurologic, se referă la pierderea capacității de coordonare a mișcărilor active (voluntare), care poate avea la origine o tulburare apărută la nivelul nevraxului. Se manifestă printr-o inadecvare a mișcării (deși este înțeleasă și executată corect, ea își pierde scopul și nu își atinge destinația propusă), ce rezultă dintr-un

deficit al funcţiilor de echilibru, de coordonare şi sinergie. Cele două forme ale ataxiei : ataxia kinetică (motorie) şi cea statică (posturală) sînt, practic, de neseparat (exemplul tipic de ataxie locomotorie se găseşte în tabes-mers dezarticulat, imprecis, mişcări bruşte — cînd, în absenţa coordonării vizuale, tulburarea devine vizibilă). Ca etiologie, ataxia poate avea numeroase determinări, în funcţie de locul unde se produce leziunea : ataxie prin leziuni ale sistemului senzorial (ataxie neuropatică, prin leziuni spinale, prin leziuni bulbare, prin sindromul talamic, ataxii parietale) ; ataxie prin leziuni ale sistemului de control şi de reglare (ataxie cerebeloasă, labirintică, cerebrală) ; ataxii mixte (ataxie frontală, parietală — pseudotabetică, occipitală — pseudocerebeloasă, caloasă, vestibulară). Ataxia isterică este un fenomen des întîlnit în cadrul tabloului isteric de diferite intensităţi şi se supune legilor fenomenului isteric.

1158. ATAXIE ALCOOLICĂ ACUTĂ • Sindrom descris, în 1900, de către BECHTEREV, care se poate întîlni în alcoolismul cronic, dar şi în intoxicaţia alcoolică acută (BOGOLEPOV). Incoordonarea motorie, instabilitatea în mers (putînd atinge imposibilitatea de deplasare), la care se adaugă dizartria şi tremorul sînt semnele centrale ale acestui sindrom, determinat de leziuni ale trunchiului cerebral şi ale cerebelului.

1159. ATAXIE FRONTALĂ(S) — *sindrom* (BRUNS, 1892) sin. PSEUDOATAXIE FRONTALĂ(S) sindrom (BARRE, 1953) sin. → BRUNS(S) sindrom.

1160. ATAXIE INTRAPSIHICĂ • Termen introdus de STRANSKI (1904), anticipîndu-l pe cel de „Spaltung" al lui BLEULER, pentru a defini generic separarea şi neconcomitenţa stărilor emoţionale din schizofrenie, în raport cu conţinutul gîndirii. STRANSKI vorbeşte şi despre sentimente şi emoţii ataxice. Tulburarea constă aşadar în discordanţa dintre conţinutul emoţional latent şi cel exprimat al gîndirii, constituind unul dintre simptomele sindromului disociativ schizofrenic. H. EY modifică întrucîtva sensul noţiunii, caracterizînd-o ca „slăbire dinamică a gîndirii". Echivalentul modern al termenului este incongruenţa afectivă.

1161. ATAXIE ISTERICĂ(S) *sindrom* • Descris de BRIQUET, în 1859, şi caracterizat prin scăderea tonusului muscular, concomitent cu hiposensibilitatea pielii.

1162. ATAXIE PUPILARĂ sin. ATETOZĂ PUPILARĂ sin. → HIPPUS(S) semn.

1163. ATAXIE SPINO-CEREBRALĂ FRIEDREICH • Afecţiune neurologică degenerativă, transmisă ereditar, afectînd fascicole piramidale ale măduvei spinării şi grupe neuronale corticale. Acest fapt are drept consecinţă un tablou clinic polimorf : ataxie, areflexie, atrofie optică, nistagmus, precum şi cifoscolioză, picior scobit, însoţite, la 10—15% din cazuri, de oligofrenie în grade variabile.

1164. ATAXIA TIMPULUI sin. → CRONOATAXIE.

1165. ATAXODINAMIE (cf. gr. *a-* ; *taxis* ; *dynamis* „forţă, vigoare") • Tulburare a dinamogenezei, combinînd scăderea tonusului motor spontan cu diminuarea importantă a forţei musculare.

1166. ATAXOFEMIE (cf. gr. *a-* ; *taxis* ; *pheme* „mesaj") • Afectarea comunicării verbale, datorată unei tulburări de coordonare a aparatului fonator, conducînd la o distorsionare a sunetelor şi cuvintelor.

1167. ATAZINA(M) Italia — DCI *Hidroxizin* • Tranchilizant derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acţiune sedativă centrală, antihistaminică şi anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN(M).

1168. ATEBEN(M) Argentina — DCI *Nortriptilină* • Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a, d/ciclohepten-$\Delta^{5\gamma}$-propilamină, cu acţiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

1169. ATEFOBIE(F) (cf. gr. *Ate* „zeiţa nefericirii, care produce toate calamităţile" ; ca subst. comun „ruină, nefericire" ; *phobos* „frică") • Frică nejustificată, patologică, de ruine (dărîmături) ; pare a nu se mai întîlni astăzi decît cu totul întîmplător.

1170. ATELIERE PROTEJATE • Reprezintă una dintre formele active ale terapiei de readaptare a handicapaţilor, ce se realizează în afara unităţilor de asistenţă medicală, în locuri de muncă cu un climat de protecţie şi cruţare necesar recuperării şi/sau socializării subiectului. În acest caz, utilizarea capacităţii de muncă restante nu se realizează în

folosul colectivității (în primul rînd), ci în folosul subiectului, cu concursul colectivității. Activitatea depusă, corelată cu posibilitățile fiecărui subiect, permite, în același timp, o anumită remunerație, ca rezultat al activității depuse ; trebuie privită nu atît sub raportul beneficiului material, cît mai ales moral, constituind pentru subiect o dovadă a utilității activității depuse. Formele de materializare al acestui generos deziderat sînt multiple, dar, în principiu, se pot împărți în două tipuri principale, în funcție de locul unde se desfășoară activitatea :

- În aceeași instituție unde subiectul își desfășurase activitatea anterior bolii și în cadrul aceluiași profil, dar în condiții special create § metodă adoptată de unele țări, în a căror legislație a muncii este prevăzut acest fapt, precum și un cuantum procentual de asemenea locuri de muncă.
- În unități special create în acest sens, unde activitatea desfășurată nu poate fi totdeauna identică cu cea desfășurată anterior îmbolnăvirii, în majoritatea cazurilor fiind doar apropiată și beneficiind, evident, de condiții de crutare și protecție — metodă adoptată de alte țări și realizată practic în unități de tip cooperatist.

Mai eficientă este prima variantă, care are avantajul de a nu scoate subiectul din mediul său de muncă și din sistemul de relații interumane care îi este familiar, creînd astfel condiții mai bune socializării și readaptării sale.

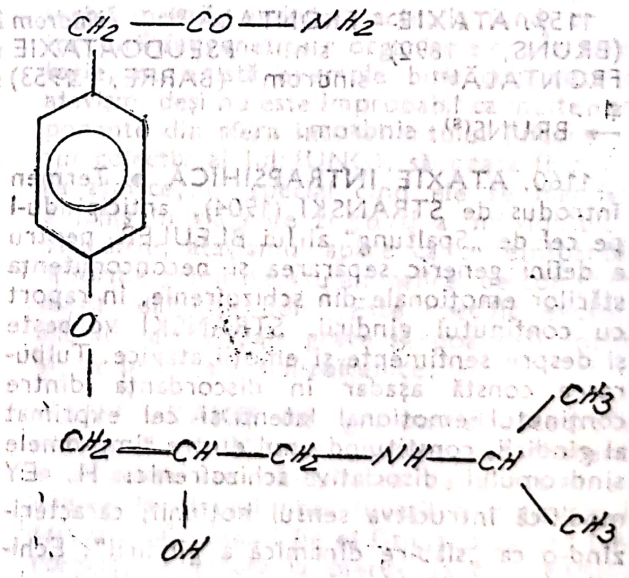
1171. ATELIERE TERAPEUTICE ● Formă activă a terapiei de readaptare a handicapaților, ce se realizează în cadrul unității medicale care a îngrijit bolnavul și în perioada acută a bolii sale. Oferă mai mult posibilitatea de continuare a tratamentului de întreținere decît de valorificare a potențialului de muncă restant, căutîndu-se, mai ales, modalități de reinserție ulterioară. Provin din atelierele tradiționale de ergoterapie de pe lîngă spitalele clasice de psihiatrie, care azi nu se mai află nicăieri înglobate în cadrul spitalului. În prezent, sînt parte componentă a Centrului de sănătate mintală sau a dispensarului neuropsihiatric (U.R.S.S.), a Centrului de sănătate comunitară (S.U.A.), a Asistenței Comunitare (Anglia), a Sectoarelor de igienă mintală (Franța), a Laboratoarelor de sănătate mintală (Ungaria), devenind centre de asistență ai căror beneficiari sînt bolnavii care continuă tratamentul. Problematica organizării și funcționării atelierelor terapeutice a suscitat și continuă încă să suscite multe controverse în ceea ce privește statutul pe care acesta trebuie să îl aibă : limitarea la modelul atelierului protejat clasic, modalitate de postcură în cadrul spitalului de zi sau al Centrului de inițiere sau perfecționare profesională. La noi în țară, o experiență interesantă prin originalitatea soluțiilor, este aceea a Centrului de sănătate mintală din Timișoara.

1172. ATEMORIN(M) S.U.A. — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

1173. ATEMPOL(M) Anglia ● Tranchilizant, derivat alkenic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ATEMORIN(M).

1174. ATENOL(M) Finlanda ● Psihotrop anxiolitic → ATENOLOL(DCI).

1175. ATENOLOL(DCI) ● Derivat acetamidic, de tip 2-/p-/2-hidroxi-3-(isopropilamină)-propoxi/fenil/acetamidă, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, tulburări funcționale ale sistemului cardiocirculator, adjuvant în tratamentul sevrajelor de diferite origini, combaterea tremorului senil. Constituie principiul activ pentru următoarele produse farmaceutice :



- Cel mai bine cunoscut este :
  TENORMIN(E)(M) — Anglia, Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, R.F.G., Spania, Suedia.

Scanned with OKEN Scanner

● Se mai întîlnesc și sub numele :

ATENOL[M]	Finlanda
NORMITEN[M]	Israel
PRENORMINE[M]	Argentina
SELES BETA[M]	Italia
TENOBLOCK[M]	Finlanda

1176. **ATENSINE**[M] Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM[M].

1177. **ATENSION**[M] Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

1178. **ATENTAT LA MORAVURI** ● Comportament desemnat de Codul Penal ca fiind în totală opoziție cu normele morale ale societății. Nu este apanajul obligatoriu al bolnavilor psihici dar, după mulți autori, se întîlnește mult mai frecvent la aceștia. GUIRAUD sistematizează aceste acte, după tipul lor, și după entitățile nosologice în care apar, astfel :

- exhibiția — paralizia generală, demența senilă, manie, perversiuni sexuale ;
- violență și viol — epileptici, hebefrenici, sadici ;
- necrofilie — imbecili, dizarmonii de personalitate de tip impulsiv.

1179. **ATENȚIE** (cf. lat. *attentio* „atenție") ● Funcție a psihismului constînd în mobilizarea, orientarea selectivă și concentrarea focalizată a proceselor psihocomportamentale, în vederea unei reflectări optime și facile a realității și a unei intervenții eficiente de autoreglare a activității. Din această definiție reies două caracteristici :

- atenția necesită un anumit nivel de veghe ;
- selectivitatea atenției este întotdeauna asociată cu o cantitate neașteptat de mare de stimuli irelevanți (nepotriviți), din care cauză orice discuție asupra atenției include și aspectul inseparabil al inatenției.

Selectivitatea este strict legată de semnificația stimulilor ; ea rezultă dintr-un proces activ neuronal, facilitator și inhibitor, ce se desfășoară la diferite niveluri și structuri ale sistemului nervos, începînd cu organele periferice de simț și terminînd cu cortexul cerebral. Rolul atenției în activitatea umană este foarte important ; atenția participă la o cunoaștere mai exactă, mai fidelă a lumii înconjurătoare, fiind prin excelență un proces psihic aflat în serviciul cunoașterii, permițînd selectarea din mediul ambiant a ceea ce este mai important pentru organism și pentru adaptarea lui la condițiile exterioare în permanentă schimbare. Sistemul nervos este incapabil să prelucreze concomitent toate datele (impulsurile nervoase) furnizate de simțuri ; de aceea apare ca obligatorie o anumită selecție în cursul căreia unele semnale să fie preferate în detrimentul altora, proces selectiv bazat, de fapt, pe atenție. Faptul că această funcție se materializează în diferite activități intelectuale, motorii etc ; arată că atenția nu poate fi izolată de celelalte procese psihice, ci trebuie concepută numai în strînsă interdependență cu ele (concluzie valabilă, de altfel, și pentru celelalte procese psihice).

Caracteristicile atenției :

- selectivitatea, caracteristică principală a atenției, presupune reținerea unui stimul concomitent cu ignorarea altuia, fapt posibil datorită intervenției unor mecanisme de „filtrare" mobile și de comutare permanentă de la un stimul la altul ;
- mobilitatea sau flexibilitatea atenției presupune ușurința și rapiditatea cu care se poate trece de la o problemă la alta ;
- direcționarea sau orientarea atenției semnifică faptul că procesul este întotdeauna îndreptat către o sursă de stimulare ;
- concentrarea este capacitatea de aprofundare a unor probleme și detașarea de ambianță ; de menționat că subiectul învață să fie atent, să-și concentreze rapid atenția asupra stimulilor relevanți ;
- distribuția atenției sau capacitatea de a cuprinde „simultan" (de fapt, succesiv, dar cu o mobilitate foarte rapidă, ce dă impresia de simultaneitate) mai multe acțiuni (în medie 2—6) ;
- stabilitatea sau durabilitatea atenției este, în realitate, o caracteristică relativă, atenția prezentînd fluctuații în timp și în spațiu ;

De menționat că aceste caracteristici ale procesului de atenție formează un tot unitar, fiind separate numai în condiții experimentale.

Factorii favorizanți ai atenției :

- ambianța ; unii autori au încercat să diferențieze o atenție voluntară, presu-

punînd concentrare premeditată a atenției ca urmare a intervenției unor factori interni, și o atenție involuntară, nepremeditată, determinată de un stimul neașteptat, neobișnuit, din mediul extern. Această clasificare, deși comodă, nu este decît parțial justificată, exsistînd numeroase exemple în care cele două categorii de stimuli, externi și interni, se împletesc, orice separare fiind arbitrară. Un fapt este sigur și anume că stimulii externi au un caracter obiectiv, acționînd independent de subiect ;

- competiția stimulilor apare în situația în care acționează diverși stimuli. Competiția între stimuli este determinată de mai mulți factori : intensitatea stimulului ; contrastul stimulului față de fond ; variația și noutatea stimulilor (elementele „surpriză") ; accesibilitatea și inteligibilitatea lor ;
- incertitudinea stimulilor este capacitatea acestora de a atrage atenția, în funcție de cantitatea de informație pe care o conțin ;
- motivația (o cauză internă, un interes, o preferință) constituie o adevărată forță propulsivă, care generează, susține sau orientează procesul atenției, stimulul avînd doar rolul de a actualiza un interes ; interesul conține atenție în stare latentă, iar atenția presupune interesul în acțiune. Interesul constituie deci suportul atenției, care, la rîndul ei stimulează și consolidează interesul ;
- curiozitatea constituie un alt factor stimulator al atenției, cunoașterea elementelor de noutate și surpriză (curiozitatea satisfăcută), făcînd să înceteze mobilizarea atenției ;
- recompensa joacă un rol foarte important în suscitarea atenției, iar dobîndirea informației recompensează căutarea.

Posibilitatea și limitele menținerii atenției. Stabilitatea atenției este relativă, „fixitatea" atenției fiind considerată ca o stare anormală. Se presupune că diminuările periodice ale concentrației atenției au origine centrală, procesul producîndu-se la nivelul structurilor superioare ale sistemului nervos și avînd la bază, probabil, un fenomen de oboseală a centrilor nervoși datorită monotoniei stimulilor. Menținerea unei atenții susținute (vigilență) necesită prezența unor factori (condiții) care favorizează atenția : mărimea stimulului (atenția fiind mai ușor menținută la stimulii de intensitate mare), frecvența și regularitatea stimulilor (subiectul își elaborează un ritm „mediu" al expectativei stimulului), cunoașterea rezultatelor (legătura de tip feed-back joacă rolul unei „întăriri", care activează creierul, mărind nivelul vigilenței), existența și intensitatea optimă a motivației, condițiile generale ale ambianței, starea funcțională a sistemului nervos central. În înregistrările EEG s-a observat că persoanele introvertite prezintă un nivel de activare corticală spontan mai ridicat, ceea ce le conferă un grad de atenție mai susținut și obținerea unor performanțe superioare, în timp ce persoanele extravertite prezintă un nivel de activare spontan mai redus, performanțe inferioare față de tipul introvertit, dar beneficiază de adăugarea unor stimuli suplimentari, care măresc nivelul de activare cerebrală.

Mecanismul neurofiziologic al atenției. Starea de veghe constituie condiția fundamentală necesară procesului atenției și, de aceea, mecanismul neurofiziologic al atenției implică existența stării de veghe, cu mecanismele ei specifice. Un stimul senzorial specific determină un potențial cortical specific, dar și o activare cerebrală difuză, nespecifică, avînd rolul de modificator al stării funcționale a creierului. Cortexul activat este capabil în măsură mai mare să recepționeze și/sau să prelucreze informația specifică transmisă pe un anumit canal senzorial aferent. Pentru producerea atenției este însă necesar un anumit nivel „optim" de activare corticală. La un nivel scăzut de activare cerebrală, individul se comportă ca un neatent sau ușor distrat ; la un nivel foarte crescut — ca un om excesiv de anxios, în timp ce la nivelurile medii ale vigilenței, individul este alert, atent și performanțele sale ating un nivel optim de eficiență. Nivelul „optim" nu trebuie conceput ca fiind fix și nici identic la toate persoanele sau la aceeași persoană în toate momentele, ci mai degrabă, ca o zonă în interiorul căreia se realizează atenția. Activarea cerebrală difuză corticală, desi s-a dovedit a fi un mecanism absolut necesar producerii atenției, nu este niciodată suficientă, neputîndu-se pune semnul egalității între cele două procese. În legătură cu rolul indiscutabil al activării în producerea atenției, trebuie menționat procesul de orientare către sursa de stimulare, considerat ca „anticamera atenției", reacția punînd creierul în stare de „disponibilitate activă" și pregătindu-l pentru selecția ulterioară a informației. In timp ce reacția de orientare se produce prin intermediul activării reticulare, stingerea ei implică un proces inhibitor cortical. Se presupune că, în scoarță, se organizează un model al stimulului (tipar), în sensul că

anumite celule păstrează informațiile privitoare la caracteristicile stimulului (durată, intensitate, ordin de stimulare etc.). În cazul repetării, creierul compară mesajul sosit cu modelul stocat și, dacă cele două reprezentări (configurații) coincid, creierul nu mai răspunde la stimuli, fiind „obișnuit"; în schimb, dacă există o cît de mică neconcordanță, se generează o nouă reacție de orientare.

Un alt mecanism care intervine în procesul de atenție este *fenomenul de filtru*, datorită căruia creierul selectează informația relevantă. Prin analogie cu sistemele de comunicație, s-a presupus că atenția operează ca un filtru; potrivit acestui model, importanța naturii selective a atenției rezidă în faptul că organismul este forțat să aleagă, permanent și competitiv, numai o parte din varietatea de stimuli senzoriali care influențează receptorii. Deci atenția selectează informațiile (creierul neputînd prelucra mai multe mesaje concomitent), admițînd pe cele relevante și respingîndu-le pe cele irelevante. Se pare că „teoria filtrului" își are o aplicare justificată în situațiile în care are loc o reală competiție a stimulilor și este nevoie de comutarea rapidă a atenției.

Procesul neurofiziologic al atenției implică o secvență fazică: stadiul de generalizare polisenzorială, urmat de stadiul selectiv, paucisenzorial. Atenția nu se poate împărți, distribui, deoarece procesul implică orientarea selectivă, predominantă pentru un stimul sau o activitate, în detrimentul celorlalți stimuli sau al altor activități și numai aparent există o distribuție concomitentă (simultaneitate) a procesului de atenție. Se pot efectua totuși mai multe activități în același timp, prin următoarele mecanisme:

- una dintre activități solicită o atenție concentrată, în timp ce restul are un caracter mai automatizat, deci nu solicită prea multă atenție;
- atunci cînd activitățile concurente nu sînt automatizate, atenția se comută rapid de la o activitate la alta, încît dă impresia unei simultaneități (este, de fapt, o mare mobilitate a procesului de atenție);
- diferitele activități sînt, de fapt, integrate într-un comportament (activitate) complex, coordonat.

Atenția nu există ca proces de sine stătător, ci este implicată în multe alte procese centrale: cunoaștere, orientare, percepție, învățare, memorie. Atenția este diferită de orientare (orientarea — „alertă nespecifică"; atenția — „alertă specifică").

Clasificare. Atenția poate fi: externă (observarea, interpretarea stimulilor din ambianță) și internă (constînd în concentrarea interioară asupra stărilor emoționale și a gîndurilor, sub forma introspecției, meditației, reflecției); spontană și voluntară.

H. MUNN menționa atenția habituală, ca „deprindere de a fi atent" la nivelul unor desfășurări ale căror componente orientative au fost comprimate (ZAPOROJOT) și regresate la circuite senzoriomotorii (ZAPAN). Această formă ar echivala cu atenția postvoluntară sau operațional-habituală a lui MILERIAN (de exemplu, scriind nu supraveghem executarea fiecărei litere și nici așezarea lor în pagină). Atenția involuntară sau spontană este în funcție de intensitatea, complexitatea, ambiguitatea și noutatea stimulilor din ambianță.

Psihologia reclamei și a mass-media este canalizată în direcția atragerii atenției publicului asupra unui proces sau eveniment, prin amenajarea cîmpului perceptiv. Atenția involuntară poate fi declanșată și prin activarea unor motive sau interese personale ale subiecților, prin sugestii sau comenzi verbale. Atenția voluntară (autoactivarea), ca modalitate superioară de atenție, se bazează pe decizia conștientă, formularea unui scop și inducția intențională a unui efort voluntar. Funcționarea acestei modalități prosexice este limitată de timp, trebuind să fie înlocuită cu alte forme ale atenției.

Testarea atenției se poate realiza prin baraj de litere, cifre sau figuri geometrice (probele Bourdon, Toulouse-Piéron, proba „celor 400 de semne" etc.), cu înregistrarea numărului de erori și omisiuni, precum și a vitezei de execuție (corespunzător, se obține un indice de exactitate și unul de rapiditate, care variază în funcție de caracteristicile proceselor nervoase, de gradul de exersare implicat în profesiune, de starea de sănătate a individului etc.).

Cunoașterea particularităților atenției permite selecția profesională, iar tulburările ei constituie semne importante în drumul spre diagnostic în psihiatrie.

Atenția, ca funcție psihică, nu este investigată încă în suficientă măsură. După opinia noastră, cel puțin un sfert din tulburările etichetate în prezent ca fiind tulburări de memorie, sînt tulburări de atenție.

1180. **ATENȚIE FLOTANTĂ** • Regulă ideală, modalitate specifică prin care analistul ascultă și recepționează asociațiile libere ale subiectului. Este corolarul, simetricul regulii de asociație liberă a subiectului. Așa cum subiectul

este sfătuit să nu trieze, să nu cenzureze ideile pe care le comunică, analistul trebuie să suspende orice motivaţie sau ipoteză teoretică susceptibilă să-i canalizeze atenţia, substituind propria cenzură celei eliminate a subiectului. Atenţia flotantă permite comunicarea de la inconştient la inconştient, precum şi conştientizarea transferului şi contratransferului, modifică şi optimizează funcţia mnezică.

Pentru realizarea atenţiei flotante este necesară analiza didactică a analistului, permanenta autoanaliză şi conştientizarea contratransferului. Numai un analist care a făcut el însuşi o analiză didactică va reuşi să elimine, în mare parte, propriile rezistenţe, în perceperea inconştientului subiectului. Ceea ce analistul refuză să perceapă la sine însuşi va percepe greu la analizat; apărările analistului vor fi oferite analistului şi vor hrăni rezistenţele acestuia. Trăirile pe care analistul şi le acceptă cu dificultate vor fi ineficiente sau deloc interpretabile de către analizat → ASOCIAŢIE LIBERĂ; CONSTRUCŢIE; ANALIZĂ DIDACTICĂ.

1181. **ATENŢIE** *tulburări* $\xrightarrow{\text{sin}}$ DISPROSEXII.

1182. **ATENUARE** — *EEG* ● Scădere spontană sau provocată a amplitudinii grafoelementelor înregistrate pe un traseu EEG, ca urmare a diminuării activităţii bioelectrice.

Circumstanţele în care se poate produce această atenuare sînt variate putînd fi raportate la o activitate psihică normală (concentrare a atenţiei, calcul mintal) sau la circumstanţe patologice — suferinţă cerebrală difuză sau focalizată, depresie, neurastenie, schizofrenie. Atenuarea traseului nu este decît un indice global fără specificitate. El se discută doar în raport cu alte caracteristici ale traseului: frecvenţă, morfologie.

1183. **ATERAX**[M] Anglia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acţiune sedativă centrală, antihistaminică şi anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN[M].

1184. **ATEROSCLEROZĂ** (cf. gr. *athare* „terci de făină"; *skleros* „dur") ● Afecţiune cronică degenerativă, caracterizată prin modificări complexe ale intimei arterelor, constînd din acumulări focale de lipide şi glicoproteine, asociate cu proliferarea ţesutului de fibroză, depuneri de calciu şi remanierea peretelui vascular. Considerată a avea un caracter epidemic în epoca modernă, boala a existat încă din antichitate, vestigiile sale fiind descoperite şi la mumiile egiptene. Deţine unul dintre primele locuri ca morbiditate şi mortalitate, fiind substratul principal al cardiopatiei ischemice şi al afecţiunilor vasculare cerebrale. Ateroscleroza are o frecvenţă mai mare în ţările dezvoltate economic, în care se înregistrează o durată medie de viaţă crescută (în peste 90% din cazuri, cardiopatia ischemică se datoreşte aterosclerozei, fiind mai frecventă la bărbaţi decît la femei), şi recunoaşte un determinism plurietiologic, cuprinzînd factori de risc, dintre care, cu risc major, cu rol cert în patogenia aterosclerozei, sînt:

- hiperlipidemia, mai ales hiperlipoproteinemiile de tip II (hipertrigliceridemie endogenă, indusă de glucide). Corelaţia dintre hipercolesterolemie şi ateroscleroză, relaţia de proporţionalitate între creşterile colesterolului şi riscul de apariţie a cardiopatiei ischemice sînt astăzi puse sub semnul întrebării;
- regimul alimentar constînd din cantităţi crescute de grăsimi saturate şi colesterol, tip de alimentaţie specific mai ales ţărilor dezvoltate economic (nordul Europei, S.U.A., iar la noi în ţară, în Banat, Transilvania);
- hipertensiunea arterială sistolică şi/sau diastolică — factor de risc chiar mai important decît hipercolesterolemia;
- fumatul incriminează rolul monoxidului de carbon care, prin hipoxia indusă, determină modificarea permeabilităţii endoteliului şi a fluxului plasmatic transmural;
- diabetul zaharat şi toleranţa anormală la glucoză se asociază frecvent cu hipertensiunea arterială, hipercolesterolemie, obezitate, hiperuricemie;
- obezitatea;
- hiperuricemia;
- surplusul ponderal;
- stressul prin hipersimpaticotonia caracteristică; prin efectul lipolitic şi inhibarea eliberării heparinei din mastocite, aceasta favorizează formarea plăcilor de aterom;
- factorul genetic rezultă din transmiterea ereditară a unor factori de risc: hipercolesterolemie, hipertensiune arterială, sau din factori care decurg din obiceiurile de viaţă comune (alimentaţie hipercalorică).

Patogenia aterosclerozei este un proces complex, care rezultă din interacţiunea pro-

prietăților morfofiziologice ale peretelui vascular cu constituienții lor sanguini și forțele hemodinamice. Există teorii patogenice diverse, ce pot fi — după CALVET și SCOTTO — rezumate în : • unicistă (MARCHANT, 1904), care privește ateroscleroza ca pe un proces unic, ce se manifestă în mod diferit în funcție de arterele afectate, • dualistă, care diferențiază ateroscleroza sau arterioscleroza (infiltrația lipidică a peretelui vaselor mari și mijlocii) de arterioscleroză (hialinoză difuză a arterelor cu diametrul sub 200 μ, specifică miocardului și creierului.

Leziunile aterosclerotice se caracterizează prin acumularea în intima și porțiunea internă a mediei arterelor mari și mijlocii, de esteri ai colesterolului, fosfolipide și trigliceride, acumulare favorizată de creșterea, la acest nivel, a concentrației mucopolizaharidelor cu hipoxie miointimală consecutivă. Pe lîngă aceasta, lipidele acumulate stimulează producția de colagen, elastină și mucopolizaharide de către celula intimală, ducînd, în final, la necroza celulei. Pe de altă parte, adezivitatea trombocitară crescută și eliberarea serotoninei modifică pozitiv permeabilitatea vasului pentru lipoproteine și fibrinogen, cu depozitarea fibrinei la nivelul țesuturilor aterosclerotice ale echilibrului fluido-coagulant. Apare astfel o insuficiență a sistemului fibrinolitic, prin tromboză (cu ocluzia arterei) la nivelele plăcii ateromatoase. Rolul forțelor hemodinamice este demonstrat de repartiția topografică a leziunilor, care sînt mai accentuate la membrele inferioare, unde forțele hidrostatice sînt mai mari. Hipertensiunea arterială acționează prin modificarea peretelui arterial, favorizînd creșterea presiunii de filtrare transparietală a lipoproteinelor și prin alterarea structurii murale elastice, care accentuează hipoxia. Unda pulsatilă determină zone de dezepitelizare, care ulterior vor constitui sediul unor microtrombi înglobați în leziunile aterosclerotice.

Ca localizare, ateroscleroza este mai avansată în regiunea crosei aortei și la nivelul bifurcației arterelor iliace. Arterele coronare suferă un proces aterosclerotic care este mult mai avansat decît al altor artere de aceleași dimensiuni, iar carotidele dezvoltă procesul arterosclerotic deasupra locului de bifurcare (obstruînd uneori originea carotidei interne). S-a remarcat că arterele poligonului Willis sînt mai frecvent afectate decît vasele cerebrale mici, datorită unei curgeri mai turbulente a sîngelui în locurile de modificare bruscă a diametrelor sau configurației vaselor.

După A. MOGA, simptomatologia clinică ar putea fi stadializată în :

- stadiul preclinic — sînt prezente doar tulburările metabolice (mai ales lipidice) fără manifestări clinice ; există leziuni arteriale micro- și macroscopice ;
- stadiul clinic manifest — corespunde simptomatologiei cu caracter paroxistic sau progresiv, generate de distrucțiile și ischemia provocată de ateroscleroză conferind simptomatologia de organ.

Ateroscleroza coronariană determină apariția cardiopatiei ischemice ; ateroscleroza arterelor organelor digestive — „colita ischemică", insuficiența circulatorie cronică în teritoriul mezenteric, infarctul intestinal ; ateroscleroza arterelor renale — hipertensiune arterială renovasculară, infarctul renal ; ateroscleroza arterei pulmonare determină hipertensiune în mica circulație.

În ceea ce privește ateroscleroza arterelor cerebrale mari, bolile acute vasculare de la acest nivel se situează, ca morbiditate și mortalitate, imediat după bolile cardiovasculare : infarctul cerebral reprezintă circa 60% din bolile cardiovasculare (hemoragia cerebrală — 20% ; embolia cerebrală — 5% ; hemoragii subarahnoidiene — 10%). Manifestările cronice apar în urma obstruării sau stenozării vaselor intracerebrale sau a arterelor mari, care irigă creierul.

Sindromul clinic cerebrovascular generat de ocluzia arterelor extracraniene (artera carotidă și artera vertebrobazilară) se manifestă în funcție de teritoriul afectat : insuficiența circulatorie în teritoriul carotidian (obstrucția a peste 50% din lumen) prin : hemipareze de partea opusă leziunii (de obicei, tranzitorie), amauroză monoculară homolaterală sau numai tulburări de vedere tranzitorii, afazie, dizartrie, stare confuzională.

Clinic, ocluzia carotidei se decelează prin perceperea unui suflu sistolic la auscultația carotidei sau prin absența pulsațiilor la artera temporală. În cazul obstrucției uneia dintre carotide, compresiunea (manevră care necesită extremă prudență) celeilalte carotide determină modificări EEG, sincopă, convulsii sau manifestări cerebrale de focar.

Insuficiența vertebrobazilară determină : tulburări de vedere uni- sau bilaterale, diplopie, nistagmus, hemianopsie, dizartrie, disfagie, parestezii circumorale și ale limbii, ataxie, vertij, cefalee, sincopă, stări confuzionale. Diagnosticul clinic este completat de examenele paraclinice : măsurarea presiunii arterei centrale a retinei, electroencefalogramă, scintigramă cerebrală, radiografia craniului, arteriografie cerebrală.

Procesul distrofic aterogen, instalat progresiv la nivelul vaselor cerebrale, determină arterioscleroza cerebrală, care începe să se manifeste clinic încă din decada a 5-a (uneori chiar a 4-a) de viață → ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ.

Prognosticul aterosclerozei depinde de stadiul în care a fost depistată, de factorii de risc pe care îi cumulează subiectul, de modul în care acesta respectă măsurile profilactice și curative. Este dovedit că asocierea cu hipertensiunea arterială, diabetul și obezitatea agravează prognosticul.

1185. **ATETOZĂ** (cf. gr. *athetos* „care nu se supune unei reguli stabilite") ● Sindrom de natură extrapiramidală, caracterizat prin existența unor mișcări involuntare, ce prezintă următoarele trăsături:

- sînt lente, cu caracter tonic, susținut;
- au adesea un caracter de torsiune vermiculară;
- au tendința de repetare mai mult sau mai puțin stereotipă;
- predomină la segmentele distale, în primul rînd la degetele de la mînă, apoi la cele de la picior;
- sînt asimetrice;
- cînd afectează fața și musculatura laringelui apar grimase caracteristice, iar vorbirea devine de neînțeles;
- apar pe un fond de hipertonie musculară;
- se accentuează în cursul mișcărilor voluntare și al emoțiilor, dispar în somn și se ameliorează în repaus total, în decubitus.

Substratul fiziopatologic constă în leziuni la nivelul nucleului caudat și putamen, ce duc secundar la dezinhibarea activității nucleului palid.

În etiologie sînt incriminate: sechele după icter nuclear; afecțiuni involutive; boli degenerative familiale: boala Tay-Sachs, boala Niemann-Pick, degenerescența hepato-lenticulară, fenilcetonuria; infecții cu virusuri lente; leucoencefalita sclerozantă subacută, boala Creutzfeldt-Jacob; tumori; encefalopatie portală.

1186. **ATETOZĂ PUPILARĂ** — sin. ATAXIE PUPILARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPPUS[s] semn.

1187. **ATEV-BERGAMINI** — *fenomen EEG* ● Închiderea ochilor, în timpul înregistrării electroencefalografice, la copiii cu epilepsie sau cu tulburări de comportament, realizează o activare constînd în apariția unor unde sinusoidale, de 3—4 c/s, simetrice și sincrone, în derivațiile posterioare, fenomen descris de ATEV și BERGAMINI, în 1960. Repetarea manevrei nu duce obligatoriu la repetarea fenomenului.

1188. **ATHYMIL(M)** Franța — DCI *Mianserin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 1, 2, 3, 4, 10, 14 b-hexahidro-2-metildibenzo/c,f/-pirazin/1,2-a/azepină, indicat în depresii de orice formă și intensitate, cu mențiunea că, în cele nevrotice, poate apărea în primele zile somnolența. Administrarea la vîrstnici și în epilepsie necesită prudență. Nu are antidot cunoscut, fapt important pentru intoxicații.

1189. **ATILEN(M)** Cehoslovacia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1190. **ATIMHORMIE** (cf. gr. *a-*; *thymos* „suflet"; *horme* „impuls, elan, avînt") ● Modificare cantitativă a afectivității, care constă în scăderea accentuată a capacității de rezonanță afectivă, exteriorizată prin dezinteres, indiferență, aplatizare a afectelor, pînă la răceală și devitalizare afectivă. DIDE și GUIRAUD (1922), care au introdus această noțiune, au circumscris-o ca „pierdere a elanului sufletesc, cenestezic și afectiv", „afectare primară a Eului în totalitatea sa", descriind-o în schizofrenie. În acest sens, atimhormia se apropie, conceptual, de „pierderea contactului vital cu realitatea" (MINKOWSKI, 1927), prin nota comună a deficitului primar afectiv, noțiunea minkowskiană exprimînd — mai mult formal — caracterul derivat, de relaționare cu ambianța, a aceleiași carențe timice. Considerată de DIDE și GUIRAUD drept atribut fundamental, primar, al „demenței precoce" (ei nu au recunoscut termenul de schizofrenie) și propusă de cei doi autori chiar ca denominativ al bolii însăși, atimhormia a fost atribuită localizării unui proces lezional la nivelul „celulelor ce conduc sinteza cenestezică și activitatea instructivă", din regiunea suboptică mezodiencefalică (GUIRAUD, EY). În celebrul lor articol „Observații critice asupra schizofreniei lui BLEULER" (1926), GUIRAUD și EY discută observațiile clinice referitoare la tulburările schizofreniforme apărute consecutiv epidemiei de encefalită letargică, în care s-au evidențiat microleziuni cerebrale, considerînd aceste microleziuni responsabile — în alte circumstanțe etiologice — de apariția atimhormiei (și deci de apariția a ceea ce astăzi

se înțelege, în mod destul de unitar, prin schizofrenie). Chiar dacă psihiatria contemporană propune un cu totul alt model de determinism biologic în schizofrenie, chiar dacă denumirea și magistrala descriere, datorate titanului de la Zürich, au făcut carieră, istoria psihiatriei trebuie să rețină onestitatea emblematică a unui autor nu mai puțin celebru, care își recunoaște eroarea, inevitabil tribut al gîndirii științifice: „...deși concepția mea biologică asupra schizofreniei nu s-a confirmat, leziunile anatomice descrise nefiind evidente în toate cazurile, ea a avut darul de a atrage atenția..." (GUIRAUD, 1968). Ceea ce conferă un al doilea merit articolului citat, exemplificator pentru atît de necesara probitate științifică.

1191. **ATIMHORMIE JUVENILĂ** • Termen propus de DIDE și GUIRAUD, în 1922, pentru a-l înlocui pe cel de demență precoce ; nu prezintă decît un interes istoric.

1192. **ATIMIE** (cf. gr. *a-* ; *thymos* „suflet") — sin. INDIFERENTISM AFECTIV • Lipsa de tonus afectiv și scăderea capacității de modulare afectivă în raport cu ambianța, căreia le corespunde o inexpresivitate mimico-pantomimică. În cadrul hipotimiei, atimia reprezintă gradul cel mai sever și se întîlnește în stări confuzionale grave, în oligofrenii, demențe, stări defectuale.

1193. **ATINGERE**(D) *delir* (lat. *attingere* „a atinge") • Școala franceză desemnează prin acest termen obsesia de a se murdări prin atingerea anumitor obiecte sau porțiuni ale corpului. Individul suspectează continuu curățenia obiectelor atinse, considerîndu-le potențial încărcate de microbi sau produse nocive. Acțiunile de a bea, a mînca, a respira pot fi la fel de nocive. Consecința este curățarea, dezinfecția continuă — considerată mereu insuficientă —, care capătă uneori aspecte de ritual. Delirul de contact descris de ESQUIROL este foarte asemănător.

1194. **ATIPIC** (cf. gr. *a-* ; *typikos* „care reprezintă, care figurează") • Termen frecvent utilizat în limbajul psihiatric curent pentru a desemna (într-un mod destul de relativ) tablouri clinice caracterizate printr-un anumit grad de specificitate în cadrul unor clase de entități nosologice, dar care conțin și particularități, mai inexpresive clinic, din sfera semnelor accesorii ale schizofreniei („*sindrom nevrotic atipic*", „*manie atipică*", „*depresie atipică*" etc.). Fără să aibă un statut clar fundamentat științific, aceste formulări diagnostice aparțin mai mult unui jargon acceptat tacit de clinicieni (probabil și datorită conotațiilor eufemistice), fiind utilizate atît ca „*diagnostic de așteptare*" (în cazul debuturilor „*atipice*" pseudonevrotice, pseudopsihopatice etc. de schizofrenie), cît și ca diagnostic „*definitiv*" în cadrul tablourilor clinice mixte. În prezent, termenul a căpătat o definire mai precisă care, în pofida generalității sale, circumscrie o categorie diagnostică unei mari diversități de manifestări psihopatologice : clasă de tulburări incomplet definite, fie prin absența posibilității de a obține informații suficiente unui diagnostic mai specific (datorită particularităților clinice ale cazului în speță), fie datorită faptului că tabloul clinic nu întrunește criteriile pentru nici una din categoriile clasei respective. Tulburarea atipică devine astfel o categorie diagnostică reziduală, aplicabilă (cu excepția schizofreniei) tuturor claselor diagnostice întîlnite în clinica psihiatrică : sindrom organic cerebral mixt sau atipic (în care nu se poate defini un tablou de delirium, demență, sindrom amnestic, halucinoză etc.) ; tulburare atipică de comportament, de dezvoltare stereotipă de motilitate, de ingestie a alimentelor (la copil) ; psihoză atipică ; disfuncție psihosexuală atipică ; tulburare afectivă atipică ; tulburare somatoformă atipică (dismorfofobia); tulburare disociativă atipică (derealizare fără depersonalizare, stări asemănătoare stărilor de transă etc.) ; personalitate atipică (în care nu se poate defini clar o formă precisă de dizarmonie) ; tulburare de adaptare cu factori atipici ; tulburare atipică de anxietate (anxietate circumscrisă situațional la un individ cu caracter nevrotic, însoțită însă de un disconfort minim). Din accepțiunea actuală a termenului a dispărut trimiterea subînțeleasă la tulburările din sfera schizofreniei. Diagnosticul de tulburare atipică este totdeauna un diagnostic prin excludere, datorită confuziilor la care se pretează, nerecomandîndu-se utilizarea lui.

1195. **ATITUDINE** (it. *attitudine* „poziție, postură") • Termenul are două accepțiuni fundamentale :

- manieră de a fi sau a se comporta față de o situație (sau un eveniment, o persoană, un grup), deci manifestare comportamentală ;
- postură sau poziție a corpului (sau segmentelor în spațiu) în raport cu morfologia, funcționalitatea, ideea de estetic sau necesitățile dictate de boală sau terapie.

1196. **ATITUDINE** — *comportament* • În psihologie, atitudinea este o dimensiune cali-

tativă fundamentală a personalității, care se relevă în comportamentul manifestat de un individ față de alții, față de o situație sau de propria persoană. Se dobîndește în ontogeneză, sub influența socioculturală și educațională (CARDINER, MEAD, LINTON), conferind conduitei un caracter invariant. Sistemul ierarhic al atitudinilor circumscrie caracterul. În psihologia socială, atitudinile sînt considerate trăsături circumstanțiale ale personalității (nu caracteriale și invariante), desemnînd poziții facultative, de tipul „a lua atitudine față de...", care pot fi modificate prin congruență și incongruență (KRECH și CREUTZFELDT), în funcție de șapte parametri (extremitatea, complexitatea, constanța, interrelația, consonanța, intensitatea motivațională și poziția valorică). Atitudinea este o structură sintetică sau o organizare durabilă și selectivă de componente afective, motivaționale, cognitive, volitive, axiologice, cu rol predictiv și anticipativ. Între motivație și atitudine există un permanent feed-back, atitudinea fiind întotdeauna inițiată motivațional și generînd permanent noi motivații. V. N. MEASISCEV consideră că atitudinea are o bază motivațional-afectivă alimentată intelectual și realizată voluntar. R. MUCCHIELLI distinge mai multe sensuri ale noțiunii de atitudine:

- postură: predispoziție la răspuns, după A. BINET; caracteristică a reacției, după J. WATSON;
- manieră de exprimare a unei opinii;
- mod elaborat conștient în exercitarea unui rol: conștiincios, tolerant, sever, indiferent;
- caracteristică constantă și involuntară a exercitării rolului, care poate fi de tip: critic, punitiv, democratic, înțelegător, cu efecte malefice sau benefice;
- predispoziție generală de a adopta o anumită poziție, raționament personal („Einstellung", după EHRENFELS și KÜLPE; „ustanovka" după UZNADZE);
- expresie a structurării personalității, realizînd diferite variante de tonalități ale tipurilor de personalitate.

Menționăm cîteva dintre numeroasele opinii asupra semnificațiilor atitudinii: după DOOBS, atitudinea este un impuls („drive") implicit, care produce răspunsuri semnificative; după KLINNBERG, este „predispoziția de a reacționa într-un anumit mod, independent de situație"; după D. VRABIE, este o „relație selectivă a individului cu lumea înconjurătoare". M. ROCKEACH definește atitudinea ca „organizare durabilă a convingerilor despre un obiect sau despre o situație, predispunînd persoana să răspundă într-o manieră preferențială"; conținutul axiologic al atitudinilor este subliniat de R. LINTON în ideea atitudinii — valoare (atitudinea este „un răspuns implicit, în mare măsură emoțional... determinat de o valoare..." care ulterior se automatizează și acționează la nivelul subconștient).

Proprietățile fundamentale ale oricărei atitudini sînt:

- direcția sau orientarea (pozitivă-negativă, pro-contra, atracție-respingere);
- funcționalitatea (funcția normativă, ce asigură realizarea și depășirea de sine, adecvanța prin acțiune corespunzătoare, autodepășirea);
- intensitatea sau pregnanța;
- geneza socială.

Ele se dobîndesc prin educație și cultură, definindu-se aproximativ la sfîrșitul adolescenței, fiind ulterior greu modificabile. Sînt influențate de dispozițiile temperamentale sau de presiunile coercitive ale grupului social căruia îi aparține individul.

● *ATITUDINEA FAȚĂ DE BOALĂ ȘI MEDIC* — realizează o notă aparte, în accepțiunea de manifestare comportamentală intențională față de o situație sau persoană determinată. În mare, atitudinea față de boală poate căpăta diverse forme:

- de adaptare, cu sau fără dependența față de medic;
- de refuz, cu sau fără sustragere de la tratament;
- de reacție persecutivă sau de exigență agresivă;
- de izolare și dimensionarism social (în raport cu familia, activitatea etc.).

După MORTON, comportamentul bolnavului ar putea îmbrăca trei atitudini:

- hipersensibilitatea generală, cu creșterea cenesteziei și îngustarea ariei preocupărilor și interesului față de lumea exterioară;

- egocentrismul, cu replierea în sine, problematica personală devenind exclusivă ;
- tiranico-dependentă, cu aspect de regresiune infantilă.

Din aceeași perspectivă, J. DELAY și PICHOT disting tot trei tipuri de atitudine bazală :

- dependență și regresiune ;
- evaziune și demisie ;
- exaltarea Eului.

Față de membrii echipei terapeutice, practic, subiectul poate să adopte un evantai infinit de atitudini, ce se înscriu între cei doi poli : cooperanță-ostilitate, dinamică determinată de combinările posibile între factorii personologici, nosografia psihiatrică, conduita terapeutică, beneficiile urmărite de subiect.

În ceea ce privește atitudinea subiectului față de boala psihică, ea poate îmbrăca o infinitate de nuanțe, de la etalarea convingătoare a ceea ce *„nu este"*, pînă la negarea dramei sale, de la abandonarea lumii în care se află, pînă la încercarea de schimbare totală a lumii și, în fine, chiar de la *„a fi"*, pînă la *„a nu fi"*.

1197. **ATITUDINE** — *postură, poziție* ● Poate fi un important indiciu de diagnostic somatic sau psihiatric. Cilnicianul se poate orienta rapid asupra anumitor afecțiuni, observînd unele deformări parțiale, segmentare sau globale ale poziției corpului.

Atitudinea depinde de gradul de conștiență, de prezența paraliziilor, atrofiilor, contracturilor, a pozițiilor antalgice, de medicația administrată sau de gradul de *„cointeresare"* a subiectului. În patologie, în general, există numeroase afecțiuni care determină atitudini particulare. În „Bazele clinice pentru practica medicală", PĂUNESCU-PODEANU realizează o excepțională sinteză a atitudinilor întîlnite în patologie. Autorul, un distins clinician și dascăl, fără a fi de formațiune psihiatru, face frecvente incursiuni în psihiatrie, stăruind permanent asupra elementelor de diagnostic diferențial. Le vom prezenta și noi, ținînd seama de această schemă, cu modificările cuvenite (tabelul XXVII).

1198. ATIVAN[M] Anglia, Canada, S.U.A., U.R.S.S. — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă, miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

1199. ATLETIC — *tip* (cf. gr. *athletikos* „de atlet") ● Este biotipul descris de psihiatrul german KRETSCHMER (tipologia după structura somatopsihică sau tipologia constituțională), avînd următoarele caracteristici : dezvoltare pregnantă a scheletului osos și a musculaturii, statură medie sau peste medie, cu umeri largi și puternici, torace masiv (bazinul și gambele pot părea înguste, comparativ cu dezvoltarea accentuată a părții superioare a corpului) ; gîtul degajat și solid, capul puternic ; structură osoasă grea, mai ales la membrele inferioare și superioare și la clavicule ; musculatura reliefată pregnant ; țesut adipos moderat ; ca variantă : indivizi cu greutate fizică mare, dizgrațioși. Aspectele psihologice ale tipurilor constituționale sînt, în special, aspecte de temperament. KRETSCHMER vorbește despre temperamentul ixotim sau „vîscos" al atleticului, caracterizat prin : puternică tendință de perseverare, reacții motrice lente și greoaie, imaginație scăzută, tenacitate, aderență, rigiditate, mobilitate mică ; trăsătura dominantă este vîscozitatea. Atleticul corespunde tipului pe care SHELDON îl numește mezomorf. Prezentăm schema tipologiei kretschmeriene (după J. NUTTIN, „La structure de la personalité", 1971) :

Tabel nr. XXVI

Tip somatic	*Temperament*	*Variante*
PICNIC	CICLOTIM	● hipomaniacal ● sinton ● mohorit (greoi)
LEPTOSOM	SCHIZOTIM	● hiperestezic ● intermediar ● anestezic
ATLETIC	IXOTIM (vîscos)	● flegmatic ● exploziv

1200. ATLETO-LEPTOSOM (cf. gr. *athletes* „atlet" ; *leptos* „fin, suplu, delicat" ; *soma* „corp") ● Biotip ce asociază constituția atle-

Tabel nr. XXVII

Poziție, atitudine, particularități	Alte elemente neurologice	Alte elemente psihiatrice	Condiții cauzale
1	2	3	4
1. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE RIGIDITĂȚII EXTRAPIRAMIDALE DE TIP PARKINSON			
1.1. Corp rigid (total sau parțial), trunchi flectat anterior, brațe întinse, antebrațe flectate ușor pe brațe, membre inferioare rigide, ușor flectate gambă/coapsă, fără atrofie musculară. Rigiditatea este plastică, cu variații diurne, redusă de contracția voluntară, crescută la repetarea actelor, cu exagerarea flexelor de postură și semnul roții dințate	Tremurături ale miinilor, lente în repaus, exagerate în emoții, dispar în somn și la mișcări voluntare; facies imobil, mimică absentă, fijată, frunte plisată de riduri sau lucioasă (sebum), tremurături fine ale buzelor, uneori bot de iepure, hipersalivație; mers lent, cu pași mici, corpul înclinat în față, mișcări automate, abolite la membrele superioare	• astenie • anxietate • ușoară agitație • insomnii • disprosexii • dismnezii	• Boala Parkinson • Demențe senile, vasculare, mixte • Alcoolism • Paralizie generală progresivă • Sindrom de impregnare neuroleptică (hiperton-hiperkinetic).
1.2. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă : • secuse mioclonice • crize oculogire • redare ușoară a trunchiului • rigiditate mai marcată	• Tremurături inegale sau pot lipsi • Tremurături fibrilare ale limbii • Tulburări vasomotorii • Trismus	• perversiuni instinctuale • alterarea evidentă a comportamentul normal • agitație psihomotorie	• Parkinson postencefalitic • Alcoolism • Lues • Intoxicații cu toxice industriale sau medicamentoase
1.3. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă : • rigiditate mai marcată la rădăcina membrelor, învingerea ei realizîndu-se mai greu ; • trunchiul în hiperextensie ; • prezența cirozei, semn al insuficienței hepatice cronice	• Reflexe antagoniste, disfagie, disfonie, dizartrie • Inel pericornean Kayser-Fleischer • Tremurături de tip Parkinson, cărora li se pot adăuga mișcări coreoatetozice	• puerilism, euforie nemotivată • emotivitate, rîs spasmodic • modificări ale atenției, memoriei	Boala Wilson (degenerescență lenticulară progresivă bilaterală)
1.4. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă : • contracția intensă a mușchilor feței ; • contracția intensă a membrelor inferioare, cu echinism care se exacerbează la mers	• Mișcări coreice (Huntington) • Facies crispat • Dizartrie	± tulburări psihice de tip: anxietate, crize de disperare, agitație psihomotorie	Sindrom palidal și palidostriat

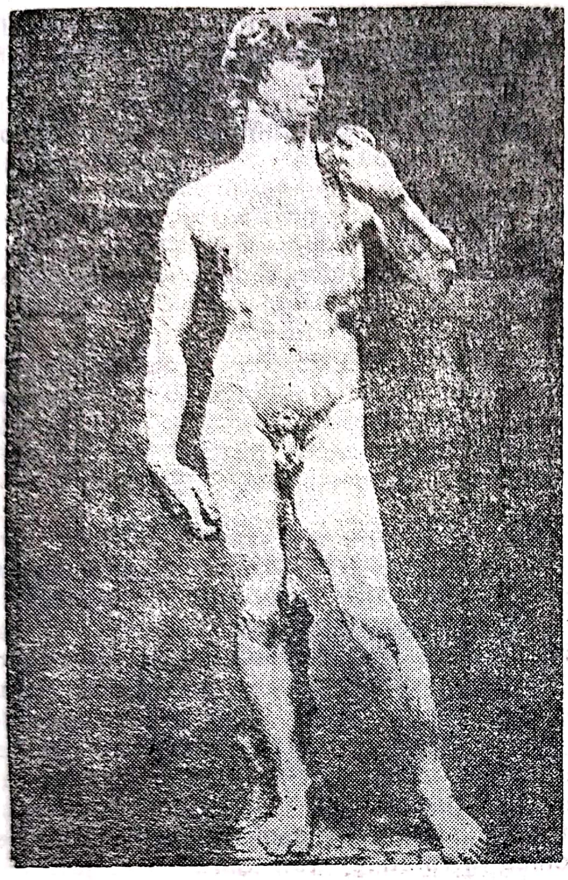
Scanned with OKEN Scanner

1.5. Corp rigid, contractat, cu torticolis, pronaţia antebraţului cu degetele flectate în spasme dureroase, rezultînd poziţii vicioase, bizare. Manifestările se exacerbează în mers şi dispar în poziţia culcat	• Contractura corpului este întotdeauna în lordoză. Restul poziţiilor (cifoză, scolioză) sînt cu totul excepţionale.	• anxietate, emotivitate • agitaţie psihomotorie • modificări comportamentale	Spasmul de torsiune, disbazie lordotică (leziuni ale nucleului lenticular)
2. ATITUDINI/POZIŢII CONSECUTIVE RIGIDITĂŢII DE TIP PIRAMIDAL			
2.1. Rigiditate relativă, mai ales pentru cap şi extremităţi, cu mişcări lente. Hipertonie mai marcată, uneori plastică (semn de participare şi a sistemului extrapiramidal). Semnul Babinski prezent.	• Facies inexpresiv, amimie, gură deschisă, deglutiţie şi fonaţie defectuoase, mişcările limbii dificile, dizartrie, uneori hipersalivaţie	• anxietate, hiperemotivitate • ris şi plîns spasmodic (afectivitate modificată) • deficit intelectual evident	• Sindromul pseudobulbar, ateroscleroză cerebrală • Demenţe
2.2. Rigiditate unilaterală, braţ lipit de corp, antebraţ flectat, membrul inferior în extensie, rigid.	• Faţa asimetrică, deviată spre partea sănătoasă • Mers **hemiplegic** („cosit"), dizartrie, afazie, cînd paralizia este pe dreapta	• anxietate • modificări comportamentale	Accident vascular cerebral, mai rar postencefalitic sau tumoral
2.3. Rigiditatea interesează numai membrele inferioare în extensie — „picior de lemn"	• Mers dificil, rigid, „ca prin apă"	• idem	Paraplegie spastică, de etiologie luetică, tumorală, şi morb Pott
3. ATITUDINI/POZIŢII CONSECUTIVE UNOR AFECŢIUNI NEUROLOGICE ŞI MUSCULARE RARE			
3.1. Rigiditate interesînd corpul în totalitate, mai accentuată decît cea de tip parkinsonian, avînd aspectul clinic al spasmului de torsiune, însă cu caracter bilateral	• Hemiplegie • Crize tetaniforme • Mişcări coreoatetozice	• perturbarea tuturor funcţiilor psihice, cu comă de diferite grade	Rigiditate decerebrată, consecutivă suprimării conexiunilor cortico-mezencefalice post-hemoragii cerebrale (intraventriculare, tumori, encefalite)
3.2. Rigiditate globală, de o duritate marcată, de neînvins, realizînd „rigiditatea de scîndură"; nu cedează la infiltraţia cu novocaină, se ameliorează la doze mari de Diazepam	• Nu sînt prezente semne neurologice • Posibile contracturi, paroxistice, violente, în debut	• tulburări psihice minore	• Sindromul omului rigid „Stiff man syndrome" • Etiologie necunoscută

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. XXVII (continuare)

1	2	3	4
3.3. Aspectul rigidității ca în boala Parkinson, la care se adaugă durerea, cu exacerbarea ei la mișcare. În mușchi, subcutan, se palpează concrețiuni calcaroase	• Nu sînt prevăzute semne neurologice	• idem	Mioscleroze
4. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE UNOR AFECȚIUNI PSIHICE			
4.1. Corp fixat, înțepenit (dar nu contractat) în diverse poziții, prin reducerea pînă la suprimare a mișcărilor	• Fără semne neurologice	• suspendarea conștiinței pentru o perioadă scurtă (secunde) sau mai lungă (+ alte semne)	• Epilepsie petit mal • Schizofrenie (debut) • Isterie
4.2. Corp și facies imobile, fixe, pietrificate, cu încetarea activității voluntare ; rămas singur într-o anumită poziție sau pus în această poziție, nu poate fi determinat să o abandoneze	• Areactivitate totală, insensibilitate	• indiferență, mutism, dar constiința este păstrată	Catalepsie : • cu debut brusc și în legătură cu evenimentul: isterie • cu debut lent : schizofrenie, demențe și posibil isterie
4.3. Subiect inert, imobil, fixat într-o poziție deseori incomodă, greu de păstrat în mod normal, aspect de statuie. Fără paralizie și rigiditate, dar hipertonic. Poziția poate dura timp îndelungat, fără pierderea echilibrului	• Participare vasomotorie • Salivație excesivă (posibil)	• pasivitate totală, negativism, mutism, amimie, autism, dar conștiința păstrată	Catatonie : • schizofrenie • postencefalitic • isterie (posibil)
4.4. Poziții-atitudini de o mare varietate, pe fond de contractură sau nu, fixe sau variabile, putînd îmbrăca orice formă descrisă anterior sau de alt tip, cunoscut sau necunoscut. Însoțite deseori de simptome aparținînd unor suferințe ale altor sisteme și organe, fără nici o legătură cu sistemul nervos (respiratorii, digestive, cardiovasculare)	• Imposibilitatea detectării oricărei legături cu suferința organică, proiecții nervoase neverosimile; pareze, paralizii fără acoperirea neurologică necesară, cu caracter artificial	orice tip de manifestare psihică, dar se poate pune în evidență : • legătura cu trauma • aspect teatral • beneficiu secundar	• Isterie • Simulație



Michelangelo

tică cu cea leptozomică. Se vorbește și de „nevroza atletului", descrisă de LITTLE, în 1969, la subiecții nevrotici recrutați din rîndul celor care practicau atletismul. Fără a acredita ideea că acest sport constituie un teren fertil dezvoltării nevrozei, amintim doar vulnerabilitatea psihologică pe care o favorizează în condiții de tensiune emoțională, de privare afectivă, răniri și distrugeri a frumuseții corporale, îmbolnăviri intercurente.

1201. **ATOM SOCIAL** (cf. gr. *atomos* „indivizibil") ● Termen introdus de MORENO, pentru a delimita cea mai mică unitate viabilă a matricei sociometrice : atracția, respingerea, indiferența.

1202. **ATOMISM PSIHOLOGIC** — sin. ATOMISM MINTAL ● Doctrină filozofică de care se leagă numele lui LEUCIP, DEMOCRIT, EPICUR, LUCREȚIU, și care pune la baza explicării diversității și transformărilor din natură, atomii, ca particule ultime, indivizibile, indestructibile și în continuă mișcare. Ulterior, apar teoria atomistă ca ipoteză științifică în chimie (DALTON, AVOGADRO etc.) și confirmarea experimentală (în secolul al XX-lea) a teoriilor cuantice ale fenomenelor atomice, prin Louis de BROGLIE, HEISENBERG, BOHR, DIRAC etc. În secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, prin școala engleză (HARTLEY, BAIN etc.), se propagă o concepție psihologică cu caracter mecanicist, care pune la baza explicării vieții psihice fenomenul asociației. Astfel, orice proces psihic superior (sau stare de conștiință) este explicat prin asocierea sau însumarea unor fenomene psihice elementare (în speță, senzații), ireductibile unele la altele (atomism, asociaționism). Combătut de reprezentanții „filozofiei vieții" (JAMES, BERGSON), atomismul psihologic va fi depășit în secolul al XX-lea de gestaltism, holism, psihologia conduitei, operaționalism și psihologia cibernetică.

1203. **ATON, ATONIE** (cf. gr. *atonos* „fără energie" ; *atonia* „slăbire, diminuare") ● Diminuare a tensiunii normale, fiziologice, pe care o prezintă unele organe contractile, în stare de repaus. În neurologie, apare în cazul cînd leziunea se află la nivelul neuronului motor periferic (poliomielita acută) sau a rădăcinilor senzitive posterioare (tabesul), ca și în leziunile mixte, senzitivo-motorii, din polinevrite. În psihiatrie, termenul a fost extrapolat de CATTEL, pentru a desemna o stare afectivă specifică (engl. surgence), de scădere a tonusului afectiv bazal și preluat de MEWASSY și CHAUFFARD, în depresii și anxietate.

1204. **ATONALYT**(M) Austria — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamate, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o toleranță bună.

1205. **ATONIC-ASTATIC**(S) *sindrom* (cf. gr. *atonos* ; *a-* ; *statikos* „privitor la echilibru, care stă în echilibru") — sin. DIPLEGIE CEREBRO-CEREBELOASĂ CLARK ; FOERSTER(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ.

1206. **ATOPHINE**(M) Japonia — DCI *Amitriptiline* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo /a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

1207. **ATOPICĂ** — *dermatită* (cf. gr. *a-* ; *topikos* „stabilit într-un loc, local") ● Dermatită făcînd parte din grupa eczemelor care au o puternică influență asupra vieții emoționale.

Pruritul care însoțește leziunile este în vădită discordanță cu slaba vizibilitate a acestora. Unii autori consideră că, inițial, pruritul este fără leziune dermică, aceasta constituindu-se ulterior gratajului. Afecțiunea a fost denumită și neurodermatită. Boala poate apărea la copii sau la adulți și se poate repeta la diferite intervale de timp. În atopia specifică, existența componentei alergice este posibilă, dar relația între factorii alergici și cei psihoemoționali este încă neclarificată.

1208. **ATOPIE** (cf. gr. *atopia* „faptul de a nu fi la locul său") → sin. **ALERGIE**.

1209. **ATOSIL(M)** R.F.G. — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN(M).

1210. **ATRABILĂ** (cf. lat. *ater* „negru" ; *bilis* „bilă, fiere") → MELANCOLOLICOS.

1211. **ATRACȚIE** (fr. *attraction* ; cf. lat. *attrahere* „a trage la sine") ● Termen extrapolat din fizică ; poate fi înțeles, în sens larg, ca o înclinație a subiectului spre un obiect, situație, ființă etc., care îl captivează, îi captează atenția, îl distrează, îi face plăcere, satisfăcîndu-i anumite cerințe. După creatorul psihodramei, J. L. MORENO, care explică „preferințele interpersonale" pe baza triadei atracție-repulsie-indiferență, atracția ar fi de natură strict afectivă și individuală, rezultat al înclinației spontan-simpatetice și creatoare, a unui individ nedeterminat social, față de un alt individ. Dar atracția presupune și alte referințe de ordin psihologic și social. Exemplele din sfera normalității psihice sînt multiple : atracția pentru artă, știință, anumite îndeletniciri (mai ales dacă este dublată și de aptitudini), atracția față de sexul opus. Atît timp cît această înclinație apare în contextul manifestărilor adaptativ-armonioase ale personalității, ea constituie un factor important de menținere a echilibrului psihic. Atunci cînd atracția depășește însă anumite limite sau este greșit direcționată, ea devine factor de dezechilibru psihic ; dacă este rezultatul unui dezechilibru structural, i se atribuie denumirea de atracție morbidă. Exemplificări ar fi atracția față de drog, jocuri de noroc, alcool, care chiar dacă satisfac pe moment o cerință a subiectului, prelungindu-se în timp, conduc la decăderea morală și/sau fizică a acestuia, îl situează în afara normelor sociale, uneori în sfera patologicului.

1212. **ATRAXIN(M)** Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

1213. **ATREPSIE A ALIENAȚILOR** (cf. gr. *a-* ; *threpsis* „hrănire") ● Termen preluat din pediatrie (atrepsia sugarului) și folosit de BARCIC în descrierea stării grave de denutriție, la care ajungeau bolnavii psihici cronici în vechile instituții azilare, în absența tratamentului specific și a condițiilor adecvate de îngrijire. Astăzi această situație este destul de rară, datorită considerabilului aport terapeutic al psihotropelor, ea putîndu-se totuși întîlni în cazul unor demențe senile, psihoze cronice involutive, toxicomanii.

1214. **ATRIBUT** (fr. *attribut* ; cf. lat. *attributum* „care a fost atribuit") ● Proprietate sau însușire a unui lucru. Sînt esențiale atributele care definesc specificul calitativ al unei realități, astfel încît aceasta nu poate subzista și nu poate fi concepută în absența lor. Atributele care se pot modifica, fără să altereze identitatea calitativă a obiectului, sînt neesențiale.

1215. **ATRIBUIRE** (cf. lat. *attribuere* „a atribui") ● Acțiunea de a acorda, a investi, a pune pe socoteala cuiva, atribute, calități, defecte, motivat sau nemotivat. Atribuirea semnificațiilor diferitelor componente ale mediului ambiant, în concordanță cu sensurile pe care societatea sau grupul le conferă este o atitudine normală a subiectului. În cadrul relațiilor interpersonale, pot apărea distorsiuni, adevărate *„iluzii"*, constînd în investirea altei persoane cu atribute caracteriale sau motivațional-afective proprii → PROIECȚIE. Perturbarea mecanismului raționamentului logic duce la atribuiri de semnificații eronate, uneori bizare. Această perturbare este, în unele cazuri, direcționată. Astfel, depresivul găsește semnificații negative, maniacalul — semnificații favorabile, oligofrenul

— semnificații eronate/aberante, paranoicul — semnificații concordante cu tema delirantă. Mecanismul interpretativ din cadrul delirului de atribuire are drept trăsătură fundamentală perturbarea atribuirii de semnificații corecte unor elemente ambientale, prin distorsionarea logicii. El constă din convingerea absurdă a subiectului că este centrul gîndirii și acțiunii celorlalți — aspect ce poate apărea în dezvoltările psihotice, bufee delirante.

1216. **ATROFIE** (cf. gr. *atrophia* „lipsă de hrană") ● Termen anatomopatologic desemnînd reducerea volumului celular, tisular sau al organului, în ansamblu ; cauzele pot fi de ordin trofic, metabolic general sau local, repercutîndu-se asupra funcționalității prin scăderea nivelului acesteia. Atrofia cerebrală reprezintă diminuarea generalizată sau localizată a țesutului parenchimatos cerebral, cu o etiologie cunoscută, ca în cazul sindroamelor psihoorganice cronice (arterioscleroza cerebrală, posttraumatice, postinfecțioase sau toxice, inclusiv alcoolismul cronic), sau necunoscute încă, în demențele presenile (boala Pick și Alzheimer), ori în demența senilă. Localizarea și stadiul evolutiv constituie, alături de etiologie, factori decisivi pentru preponderența semnelor neurologice și psihice în ansamblul tabloului clinic, în care, de regulă, ultimele cunosc o agravare mai rapidă și mai evidentă. Pentru patologia presenilității și senilității, atrofia a constituit un criteriu important în delimitarea așa-numitelor stări deficitare ale acestor vîrste. Cîteva aspecte anatomopatologice caracteristice sînt :

- *atrofia Pick* (mai rară) :
  - degenerescență laminară a straturilor superioare ale cortexului (considerate, de Van BOGAERT și SPATZ, de origine eredo-degenerativă) ;
  - predominența fronto-temporală a leziunilor ;
- *atrofia Alzheimer* (mai frecventă) :
  - leziuni celulare sub formă de „plăci senile" (REDLICH-FISCHER), degenerări neurofibrilare (ALZHEIMER), degenerescență granulo-vacuolară (ALZHEIMER-SIMCHOWITZ) și reacții astrocitare (glioză) ;
  - localizări corticale, dar și la nivelul nucleilor bazali, talamusului și cerebelului ;
  - constituie, se pare, o senescență accelerată și invazivă a creierului ;
- *atrofia din demența senilă* :
  - leziuni celulare asemănătoare/identice cu cele din atrofia Alzheimer, formînd un tip de scleroză miliară, cu depozite argentafile reticulare ;
  - distribuție redusă și neomogenă, comparativ cu atrofia Alzheimer ;
  - repartizare anormală a procesului de senescență cerebrală ;
- *atrofia din psihozele cronice* : schizofrenii, psihoze depresive etc. (insuficient elucidate ca mecanism de producere) ;
- *atrofii asimptomatice* : absența unor semne psihiatrice evidente.

Diagnosticul clinic al unei presupuse atrofii cerebrale necesită, pentru confirmare, investigații neuroradiologice specifice (pneumoencefalografie, arteriografie, tomografie computerizată).

1217. **ATROFIE GENERALĂ PROGRESIVĂ** sin. → CAȘEXIE.

1218. **ATROFIE GRANULARĂ CEREBELOASĂ** ● Demență foarte rară a vîrstei adulte, generată de afectarea vaselor cerebrale (cu precădere a arteriolelor), descrisă de H. SPATZ (1925). Tabloul clinic alătură semnelor psihice (apatie, demență progresivă) pe cele neurologice (paralizii și hemipareze). Denumirea acestei atrofii a fost sugerată de aspectul granular al suprafeței externe a scoarței cerebeloase.

1219. **ATROFIE OPTICĂ** ● Atrofie a nervului optic, consecutivă unei distrucții — de cauze diferite — masive și complete a filetelor acestui nerv. Cunoașterea ei de către psihiatru este importantă, în special, în ceea ce privește psihiatria organică.

Elemente etiologice. Poate apărea ca urmare a unor cauze foarte diverse, atît de ordin local, cît și general. Cauzele atrofiei optice au fost excelent sistematizate de DUKE-ELDER în șapte grupări :

- secundară bolilor retinei și distrugerii celulelor ganglionare, postinflamator sau degenerativ ;
- de origine circulatorie : ocluzia arterei centrale a retinei, posthemoragică, arteriosclerotică (prin degenerare ischemică) ;
- prin compresiune sau tracțiune : glaucomatoasă ; post edem papilar (comprimarea prin edem a discului optic) ; prin scleroză sau calcifiere arterială ; anevrism al arterei carotide interne ; comprimarea osoasă în foramenul optic ; tumori, fie ale tecilor nervului optic, fie ale hipofizei și lobului frontal ; aderențe inflamatorii (arahnoidita bazală) ; tumefierea nervului optic, care determină o

strangulare în foramenul optic (neurofibromatoză);
- postinflamatorie: inflamaţie locală după nevrita optică, după un proces inflamator endoocular sau după perinevrită consecutivă unei inflamaţii orbitare, sinusale sau meningiene; infecţie metastatică (septicemie, tuberculoză sau sifilis); boală nervoasă centrală, ca scleroza diseminată, neuromielita optică, encefalomielita diseminată, herpes zoster encefalita letargică, tabes, paralizia generală;
- toxică: toxice endogene (diabet, uremie, tumori maligne, hipertiroidism); toxice exogene (tutun, alcool arsenic, plumb etc.);
- traumatice: acţiune mecanică, ducînd la smulgerea nervului optic, rezultat al unei fracturi în regiunea canalului optic, electrocutare;
- de origine necunoscută: boala Leber.

Elemente pentru diagnostic pozitiv. Se descriu, etiologic şi clinic, două forme: atrofia optică primară şi secundară, ale căror elemente de diagnostic vor fi prezentate separat:

- atrofia optică primară:
  - fundul de ochi, papila albă (bine conturată); vasele cu aspect normal, uşor îngustate;
  - polul anterior: modificări statice şi dinamice ale pupilei;
  - funcţia optică: alterată, de la scotom la cecitate;
- atrofia optică secundară:
  - fundul de ochi: papila albă (slab conturată); de-a lungul vaselor se evidenţiază dungi late de perivasculită;
  - polul anterior: pupile miotice, pareze oculomotorii;
  - funcţia optică: alterată, de la scotom la cecitate.

Elementele pentru diagnostic diferenţial constau în următoarele: Diagnosticul diferenţial între atrofia optică primară şi cea secundară se face, în special, prin examenul obiectiv al fundului de ochi, întrucît modificările patologice ale polului anterior şi ale funcţiei optice sînt foarte apropiate. În atrofia optică secundară, papila (albă ca şi în cea primară) este slab conturată, alterările vaselor sînt mai evidente şi apar mai frecvent bilateral.

- Diagnosticul diferenţial al unor atrofii optice specifice:
  - atrofia optică din scleroza în plăci: absenţa strabismului; posibil nistagmus, dar niciodată rigiditate pupilară;
  - atrofia optică din ateroscleroză: tensiunea oculară crescută (singura atrofie cu tensiune oculară);
  - atrofia optică tabetică: mioza constantă, reflexul Argyll-Robertson inversat, lichidul cefalorahidian;
  - atrofiile optice toxice (arsenic, chinină): debutul brutal, cu cecitate tranzitorie şi prezenţa toxicului.

1220. ATROFIE OPTICĂ EREDITARĂ $\xrightarrow{sin.}$ LEBER(B) boală.

1221. ATROFIE OPTICĂ INFANTILĂ COMPLICATĂ • Boală heredofamilială, în care manifestările, atît neurologice cît şi psihice, sînt asemănătoare maladiei Leber, dar mai reduse ca intensitate. Debut precoce, interesează ambele sexe.

1222. ATROFIE PALIDALĂ PROGRESIVĂ — sin. ATROFIE PALIDOSUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ $\xrightarrow{sin.}$ BOGART(B) boală.

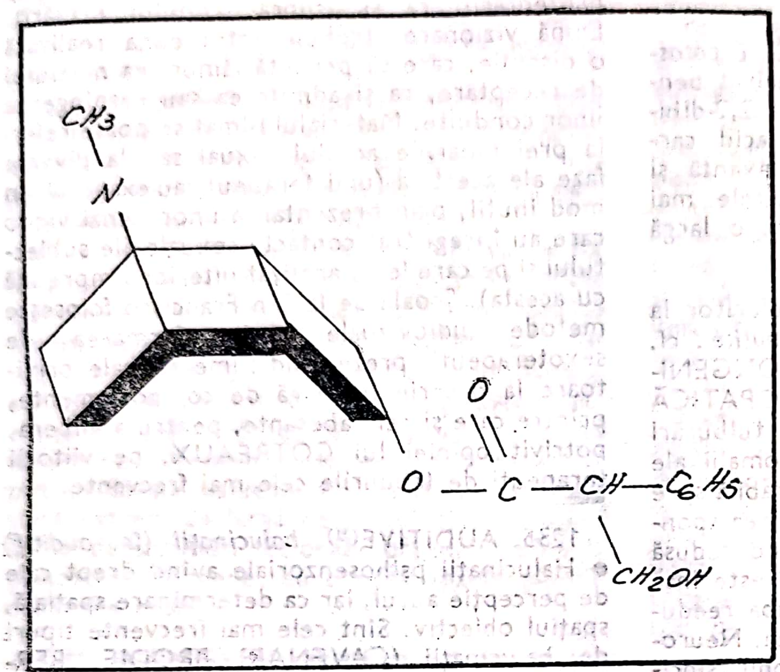
1223. ATROL(M) Anglia — DCI *Deanol tartrate* • Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acţiune psihostimulentă — prin creşterea concentraţiei de acetilcolină — şi valenţe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acţiune proconvulsivantă.

1224. ATROPINĂ (fr. *atropine*; cf. lat. *atropa-belladona*-„mătrăgună") • Principalul alcaloid extras din diverse plante solanacee: atropa belladona, datura stramonium, hioscyamus niger. Are numeroase acţiuni asupra organismului, care se manifestă distinct la nivelul sistemului nervos central şi periferic:

- asupra sistemului nervos central: printr-un mecanism central necunoscut, determină stimularea bulbului şi centrilor cerebrali superiori. În doze mici, este excitant uşor al sistemului nervos central şi produce o uşoară stimulare a respiraţiei, iar administrarea prelungită are efect sedativ. În doze mari, determină excitaţie centrală, cu nelinişte, iritabilitate, halucinaţii, delir, paralizie respiratorie, comă. Pentru efectele sale centrale, atropina este utilizată ca stimulent respirator. Are o valoare relativă în înlăturarea crizelor de ris şi plîns spasmodic, la bolnavii cu leziuni cerebrale. Acţiunea anticolinergică centrală justifică utilizarea ei în tratamentul traumatismelor craniene închise. Are efect favorabil asupra tremurăturii şi rigidităţii din parkinsonism, simptomatologia parkinsoniană fiind probabil datorată unui exces de activitate colinergică şi

deficitului dopaminergic în sistemul nigrostriatal. În acest sens, efecte terapeutice favorabile are asocierea atropinei cu levo-dopa ;

● acțiune inhibitoare parasimpatică, prin blocajul receptorilor muscarinici, împiedicînd



astfel fixarea acetilcolinei și a altor substanțe parasimpaticomimetice. Se exercită astfel o acțiune de blocaj asupra efectelor muscarinice ale acetilcolinei, la nivelul celulelor efectoare (musculatura netedă, miocard, structuri secretorii) ;

● principalele acțiuni periferice și indicațiile corespunzătoare sînt :

- antispastică : determină folosirea în spasme intestinale, ale căilor biliare, ureterelor, în contracțiile uterine ;
- antisecretorie : își găsește aplicarea în combaterea hipersecreției și hiperaciditătii gastrice, în ulcerul duodenal. În preanestezie, combate hipersecreția salivară și bronșică ;
- la nivel ocular, produce dilatația pupilei (midriază) și paralizia acomodării (cicloplegie) ; este utilizată pentru examenul fundului de ochi și în tratamentul unor inflamații ale corneei și irisului ;
- stimulent al miocardului, producînd tahicardie ; este utilizată în tratamentul blocului atrio-ventricular și în tratamentul sincopei datorate hiperreflectivității sinusului carotidian ;
- antiemetic : justifică utilizarea în „răul de mișcare" și ca antidot al intoxicațiilor cu substanțe parasimpaticomimetice (insecticide).

Numeroase substanțe antihistaminice, antipsihotice, antidepresive au efecte marcate anticolinergice, care stau la baza reacțiilor adverse produse de aceste droguri. Contraindicațiile deduse din efectele substanței sînt reprezentate de : glaucom, astm bronșic, hipertrofia de prostată, boala Basedow. Intoxicația cu atropină (mai frecventă la copii) se manifestă prin simptome datorate efectului parasimpaticolitic periferic și efectelor centrale : tahicardie, midriază, uscarea gurii, febră, roșeața pielii. Tulburările psihice pot sugera o psihoză acută de multe ori necesitînd diferențierea de un episod acut schizofreniform sau de delirul alcoolic. Bolnavul prezintă tulburări mnezice, tulburări de orientare, frecvent halucinații vizuale, stare maniacală, delir. Moartea se produce în comă, prin paralizia respirației. Intoxicația cronică se manifestă prin tulburări neurologice diverse și erupții cutanate.

1225. **ATRYPTAL(M)** Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo /a,b / -cicloheptană-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINA(M).

1226. **ATSETOZIN(M)** U.R.S.S. — DCI *Acepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → sin. ACETAZIN(M).

1227. **ATTENTIL(M)** Italia — DCI *Fipexide* ● Psihostimulent de tip 1-/(p-clorfenoxi)acetil/-4-piperonilpiperazină, indicat mai ales în combaterea unor efecte secundare ale NL, în tratamentul de lungă durată, sevraje de etiologie diferită, preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală.

1228. **AUDES(M)** Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură particulară, de tip colină-citidină 5′-ester-pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetrice.

1229. **AUDIENȚĂ** (fr. *audience* ; cf. lat. *audientia*, „ascultare") ● Termen actualizat prin

Scanned with OKEN Scanner

vocabularul mass-media, desemnînd gradul de penetranță a unei informații în conștiința opiniei publice, a unui grup social oarecare. Se distinge o audiență calitativă (gradul de atenție și interes suscitate de informație) și una cantitativă (dimensiunea numerică a persoanelor interesate).

1230. **AUDILEX**(M) Grecia — DCI *Dipotassium Clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

1231. **AUDIMUTITATE** (*audio-* „referitor la auz" : cf. lat. *audire* „a auzi"; fr. *mutité* : cf. lat. *mutus* „mut") — sin. AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE ; ALALIE IDIOPATICĂ ● Mutism congenital la copii, fără tulburări de auz, fără defecte psihice sau anomalii ale organelor fonatorii, cu evoluție favorabilă spre vindecare în cursul dezvoltării. Vorbirea spontană este, la început, imposibilă, fiind redusă la monosilabe. Înțelegerea limbajului este însă posibilă. Lectura este realizabilă (după reeducare rămîne o dislexie), ca și scrierea. Neurologic, se asociază frecvent cu paratonii, sincinezii, rar și excepțional — semne piramidale sau cerebeloase ; adesea apare o apraxie ideomotorie. Inteligența, în general normală, are însă deficite. Afectivitatea este grevată de sentimentul de inferioritate, datorat handicapului fizic. Prin reeducare, vindecarea este posibilă în majoritatea cazurilor.

1232. **AUDIO-GIRALĂ**(I) *iluzie* (*audio-* [E it. *girare* : cf. gr. *gyros* „cerc") ● Iluzie cu caracter fiziologic, descrisă de B. CLARK și A. GRYBIEL (1949), constînd în impresia de deviere aparentă atunci cînd se încearcă localizarea unei surse sonore, datorită unor fenomene de accelerație sau decelerație pe orizontală, la care este supus subiectul.

1233. **AUDIO-GRAVICĂ**(I) *iluzie* ● Tip de iluzie cu caracter fiziologic, descris de A. GRYBIEL, 1951, constînd în impresia de deviere aparentă a direcției unei surse sonore, care apare la un subiect supus unei forțe centrifuge.

1234. **AUDIOVIZUALE** — *tehnici* (fr. *audio-visuel*) ● Tehnici care îmbină stimularea auditivă și vizuală, larg utilizate în învățămînt și în organizarea diferitelor spectacole, activități culturale etc., fiind preluate și de psihoterapie. Utilizarea psihoterapeutică cea mai frecventă este în terapiile comportamentale care folosesc metode audiovizuale într-o manieră „voaieristă" (sexterapie). Folosirea în acest sens a unor benzi video trebuie făcută gradat, cu avertizarea subiectului asupra conținutului prezentării, ca și asupra scopului urmărit. După vizionare, trebuie întotdeauna realizată o discuție, care să permită lămurirea nivelului de receptare, ca și admiterea sau respingerea unor conduite. Materialul filmat se poate referi la preliminariile actului sexual sau la diverse faze ale acestuia (unii terapeuți au exagerat, în mod inutil, prin prezentarea unor benzi video care au înregistrat contacte sexuale ale subiectului și pe care le-au analizat ulterior, împreună cu acesta). Școala de la San Francisco folosește metode audiovizuale pentru formarea de sexoterapeuți, prezentînd filme sexuale privitoare la o serie întreagă de comportamente, printre care și cele aberante, pentru a elibera, potrivit opiniei lui COTREAUX, pe viitorii terapeuți de tabuurile cele mai frecvente.

1235. **AUDITIVE**(H) *halucinații* (fr. *auditif*) ● Halucinații psihosenzoriale avînd drept cale de percepție auzul, iar ca determinare spațială, spațiul obiectiv. Sînt cele mai frecvente tipuri de halucinații (CAVENAR, BRODIE, BERNARD). După conținutul lor au fost clasificate în halucinații auditive comune (sau elementare), halucinații muzicale și halucinații acustico-verbale.

Cele comune au aspectul unor zgomote indistincte sau indefinite ori al unor zgomote monotone sau mecanice. Se descriu cazuri în care se întîlnesc zgomote de fond. Diferite manevre (acoperirea urechilor) sau circumstanțele fiziologice (perioada hipnagogică) le pot modifica intensitatea — RÉGIS, MOREL, MAZARS, citat de H. EY, le-a măsurat intensitatea, afirmînd că aceasta se plasează între 20—40 decibeli. Se pot desfășura intermitent sau continuu și pot antrena atitudini de apărare din partea subiectului, ca și un disconfort continuu, pentru care sînt reclamate o serie de remedii — inclusiv chirurgicale.

Halucinațiile muzicale diferă de cele simple prin gradul de sistematizare și prin conținut, care este asemănător fie sunetului unui instrument, fie celui al unui grup de instrumente muzicale : arii sau fragmente muzicale. Ca și halucinațiile auditive simple, cele muzicale pot fi uni- sau bilaterale.

Halucinațiile acustico-verbale se referă la „vocile" pe care subiectul le percepe în spațiul obiectiv și au un timbru și o claritate evidentă (H. EY). Prezența halucinațiilor acustico-ver-

Scanned with OKEN Scanner

bale atrage adesea un comportament care, în mod clasic, cuprinde atitudini de ascultare, folosirea de mijloace de protecţie, ca şi participarea la dialogul cu vocile. Reticenţa pe care subiectul o are în privinţa împărtăşirii halucinaţiilor sale constituie un alt aspect asupra căruia insistau vechii alienişti, prezentînd şi o serie de metode pentru „străpungerea" acesteia (BERNARD).

După WYRSCH, se poate face o distincţie între halucinaţiile din delirul alcoolic (halucinoza Wernicke), care „vorbesc" despre subiect la persoana a treia, şi cele din schizofrenie, care sînt întotdeuna la persoana a doua.

Cu o subtilitate patologică deosebită, H. EY a propus separarea halucinaţiilor auditive complexe în halucinaţii auditivo-verbale (psihosenzoriale) şi acustico-verbale (pseudohalucinaţii), subliniind prin aceasta lipsa caracterului senzorial al ultimelor. În clinică, este obişnuită întrepătrunderea celor două tipuri de fenomene. Circumstanţele patologice în care se pot evidenţia halucinaţiile auditive cuprind o sferă extrem de largă de posibilităţi, mergînd de la determinări lezionale organice, pînă la psihozele endogene, cu o notă aparte pentru delirurile cronice.

1236. **AUDITIVE**(I) : *iluzii* care intersesează analizatorul auditiv, avînd caracter normal fiziologic sau patologic (după cum intervine sau nu, acţiunea corectivă şi critică a subiectului), constînd în reflectarea denaturată sau deformată a zgomotelor, sunetelor verbale sau muzicale din ambianţă. Se datorează modificării condiţiilor perceptive obiective (stimulare auditivă: sub- sau supraliminară, monotonă, prelungită etc.) şi/sau interne, subiective (neatenţie, stări afective paroxistice, stări hipnapompice şi hipnagogice, oboseală, febrilitate etc.).

1237. **AUDIŢIE COLORATĂ** — *fenomen* (fr. *audition* : cf. lat. *auditio*) ● Întîlnit în intoxicaţia cu mescalină, fenomenul constă în realizarea unei serii de viziuni colorate în timpul ascultării unei melodii. Sînt considerate de C. PARHON-ŞTEFĂNESCU (1963) — „drept halucinaţii ce apar prin excitarea unui alt analizator decît acela în care apare halucinaţia".

1238. **AUDIUM**(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1239. **AULOFOBIE**(F) (cf. gr. *aulos* „flaut" ; *phobos* „frică") ● Frică nemotivată, obsedantă, de sunete emise de instrumente de suflat (inclusiv flautul). Poate fi întîlnită în nevroze şi reacţii — în genere, este o formă foarte rară de fobie.

1240. **AURĂ** (cf. lat. *aura* „suflu") ● Una dintre principalele manifestări precritice ale epilepsiei. Alături de prodrom, criza epileptică focală şi care dă o informaţie destul de precisă asupra sediului focarului epileptogen (de obicei, temporal). Simptomatologia apare brusc — este recunoscută imediat de subiect — şi în majoritatea cazurilor, este resimţită ca o imixtiune neplăcută în planul conştiinţei, cu o durată de cîteva secunde pînă la un minut, deşi perioada i se pare subiectului mult mai lungă. Aura este identică pentru acelaşi subiect (motorie, senzitivă, senzorială, viscerală, vasomotorie, psihică sau complexă). Aura se manifestă, pe traseul EEG, prin descărcări neuronale reduse şi limitate, elemente ce o deosebesc net de cealaltă manifestare precritică, prodromul. Aura precedă în mod curent manifestările generalizate. Sînt descrise aure, fără aceeaşi valoare semiologică, şi în avanscena marilor crize isterice sau migrenoase.

1241. **AURĂ UMANĂ** ● Fenomen cu cauză neelucidată deplin, constînd în emanaţii bioelectrice dispuse în jurul corpului uman (evidenţiate prin fotografiere). A fost pus în evidenţă de S. KIRLIAN (este numit şi aură vitală), care consideră că dimensiunile aurei ar fi direct proporţionale cu capacitatea vitală.

1242. **AURORAFOBIE**(F) (cf. lat. *aurora* „zorii zilei" ; gr. *phobos* „frică") ● Frică de zori, de lumina zorilor şi nu de venirea zorilor. Fenomenul a fost descris şi iniţial (1891) ca o raritate. Termenul se utilizează rar, prezentînd numai interes istoric.

1243. **AUSLÖSUNGMECHANISMUS** (germ. „mecanism de declanşare") ● Termen introdus de TIMBERGEN şi LORENZ pentru desemnarea mecanismelor fiziologice înnăscute, care stau la bazar esponsivităţii selective la stimulii din mediu. Ei au legat responsivitatea de modul în care este transformată senzaţia în percepţie, cu particularităţile secvenţiale de-a lungul transducţiei stimulului, de la periferie către centru.

Relevanţa responsivităţii pentru comportamentul uman este ilustrată de responsivitatea nou-născutului cînd este prima dată confruntat cu o figură umană căreia îi zîmbeşte. Comportamentul de zîmbet este universal, în condiţiile

unei prezentări care să permită copilului să perceapă ambii ochi și mișcarea figurii. Acesta este doar unul dintre comportamentele înnăscute ale speciei.

1244. AUTACOID • Termen propus de SCHAFER pentru acele substanțe care posedă proprietăți specifice pentru provocarea unei excitații nervoase. După acest autor, asemenea substanțe (neuromediatori actuali) acționează asupra sistemului nervos vegetativ și au o acțiune analogă unor medicamente. Termenul nu s-a impus.

1245. AUTEMIZIE (cf. gr. *autos* „însuși" ; *emetikos* „care/își/ produce vomă") • Vărsături spontane, „sine materia", în etiologia cărora pot fi puși în evidență factori psihogeni declanșatori ai conversiei.

1246. AUTENTIC (cf. gr. *authentikos* „care are putere absolută") • Original, exact, veridic ; act al cărui autor este de necontestat. Termenul se folosește în psihiatrie — în opoziție cu ARTIFICIAL — pentru a desemna veridicitatea trăirilor, sentimentelor, ideilor.

1247. AUTENTICITATE (cf. gr. *authentikos*) • Caracterul nefalsificat, naturalețea nedeformată a unor acte, idei, situații. Termenul a dobîndit greutatea unei categorii centrale în filozofia existențialistă (M. HEIDEGGER, K. JASPERS, S. KIERKEGAARD), desemnînd o stare privilegiată a conștiinței, dobîndită în situații limită) — spaima de moarte, disperarea, culpabilitatea, angoasa — în care omul are revelația relativității și perisabilității sale, însoțită de accesul la o ipostază negativă a libertății, ca asumare a fatum-ului existențial, și de sfidare a necesității, prin refuzul subiectului de a mai nutri orice fel de iluzii și false speranțe. Teoreticianul prin excelență al autenticității, HEIDEGGER, consideră că banalitatea vieții cotidiene este o sursă de înstrăinare, sub a cărei influență condiția umană devine inautentică, prin înregimentarea și pierderea identității în masa amorfă, care impune un comportament mașinal, standardizat și stereotip. Căutînd esența umană exclusiv în atributele singularității individuale, existențialiștii definesc autenticitatea numai ca experiența trăită de subiect într-un contact solitar cu neantul, ignorînd aspectele pozitive ale acțiunii sociale, prin care omul se afirmă ca subiectivitate creatoare.

Autenticitatea este descrisă de MINKOWSKI ca o calitate esențială a exprimării umane, stabilind un raport între emițător și receptor prin puterea de a da semnificație semnificantului. Spre deosebire de adevăr, care necesită o sesizare prin analiză (adevărul este întotdeauna conform cu un sistem de reguli și valori), autenticul se percepe direct, este „*simțit*" ca o unitate între exprimare și ceea ce se exprimă (el trebuie să fie conform cu el însuși). Adevărul și autenticul, deși sînt noțiuni apropiate, care se întrepătrund în unele zone, nu sînt nici superpozabile, nu se pot schimba între ele și nu definesc același sector al existenței. Autenticitatea se referă la felul în care ființa umană se dezvăluie și își exprimă trăirile în fața lumii, la legătura intimă dintre fond și formă, creată prin medierea afectivității. Trăirile bolnavului psihic par, în variate circumstanțe, lipsite de autenticitate, senzația fiind dată de modificarea raportului de încărcătură afectivă care ajunge, pe calea expresiei, pînă la observator.

1248. AUTISM (fr. *autisme*) • Descris de către E. BLEULER, în 1911, ca „predominență" a vieții interioare și detașare activă de lumea exterioară", și considerat drept simptom secundar al schizofreniei, autismul va ocupa, odată cu lucrările lui E. MINKOWSKI, H. EY, O. BINSWANGER, un loc tot mai important, ca tulburare fundamentală a acestei boli. De la început, E. BLEULER a precizat că, pentru subiect, lumea autistă este la fel de reală ca realitatea (ba chiar și „mai reală"), dar că autismul este consecința directă a dislocării produse de boală ; oricît de bizare ar fi trăirile subiectului, ele nu intră în conflict direct cu realitatea, datorită lipsei de continuitate logică a autismului. Unii autori au încercat o apropiere a autismului de introversia descrisă de JUNG ca tendință spre autism, acesta fiind considerat posibil în momentele critice ale psihogenezei. Această accepțiune, ca și aceea în care îl folosește MASLOW, care consideră autismul doar un fenomen compensatoriu, ce se desfășoară în diverse grade între normal și patologic, sînt doar preluări formale, care nu țin seama de esența fenomenului și de profunzimea tulburării. Întreaga viață psihică a subiectului este polarizată asupra acestei lumi interioare, populate de propriile lui dorințe, angoase, producții ale imaginației sau delirului. Pentru subiectul autist, lumea reală nu este decît o „aparență", relațiile între această lume și cea proprie fiind de cele mai multe ori imposibile, determinînd impenetrabilitatea și incomprehensibilitatea binecunoscute. Atunci cînd, contactul între „cele două lumi" este posibil, suferința subiectului apare, pe de o parte, din imposibilitatea sa de a-și exterioriza în mod adecvat trăirile „lumii" proprii, iar pe de altă parte, din cauza

intervenţiilor lumii reale, pe care el le resimte dureros, făcîndu-l să se retragă în „turnul de fildeş".

Autismul este, în linii mari, reversul pozitiv a ceea ce P. JANET considera ca fiind pierderea simţului realului (ca aspect negativ). H. EY va prelua această idee, descriind autismul ca „nucleu pozitiv" al psihozei schizofrenice. E. MINKOWSKI arată că, totuşi, concepţia bleuleriană asupra autismului rămîne legată de asociaţionismul epocii în care a luat naştere, fenomenul fiind văzut ca o scădere particulară a asociaţiilor, ca o slăbire a integrării lor. El arată că, în prim plan, trebuie pusă globalitatea tulburărilor, care „vizează persoana ca ansamblu, depăşind funcţiile izolate şi regăsindu-se în toate manifestările acestora, fie că este vorba de ideaţie, reacţii afective, acte de voinţă sau de comportament". MINKOWSKI descrie un autism „sărac" şi unul „bogat", dublat de o activitate imaginativă, subliniind că „bogăţia" este la fel de săracă, în ultimă instanţă. El vede autismul sărac ca o uşă închisă, „în spatele căreia nu se află nimic". De altfel, în acelaşi sens, WYRSCH arată că „persoana schizofrenică" se constituie pe măsură ce îşi organizează lumea interioară, care este autismul, subliniind totodată imposibilitatea de a înţelege altfel decît în unitate şi globalitate această suprastructură patognomică. H. EY consideră caracterul închis şi impenetrabil al autismului drept lume magică, arhaică şi himerică, cu arhitectonică conceptuală bizară şi barocă, multiplicînd dificultăţile de părăsire a labirintului în care schizofrenul se afundă, depărtîndu-se tot mai mult de real. Pierderea contactului cu realitatea, cu ceilalţi indivizi şi cu lumea de *„realităţi"* care le aparţine, metamorfozarea legăturilor sociale, formalizarea lor pînă la transformarea în legături „mecanice", prin care circulă, nu informaţii şi sentimente, ci „forţe fizice", duce la eşuarea absolută a sentimentului relaţiilor interumane, făcînd din autist „un prăbuşit" în propria fiinţă şi în neantul său.

1249. AUTISM INFANTIL KANNER — sin. AUTISM INFANTIL PRECOCE ; AUTISM PRIMAR ; PSIHOPATIE AUTISTICĂ ASPERGER $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KANNER(8) sindrom.

1250. AUTISM CONVULSIV ● Sindrom descris recent (1980) de J. S. BOYER şi A. DESCHATRETTE, care combină semnele autismului infantil cu cele ale sindromului Lenox-Gastaut. Reuşita tratamentului crizelor epileptice atrage după sine dispariţia autismului, cu compensarea progresivă a fenomenelor de întîrziere psihică.

1251. AUTISTIC(D) *delir* ● Delir constituind însuşi „nucleul existenţei schizofrenice" (H. EY), centrul vital al „lumii proprii" (WYRSCH) a subiectului. Delirul autistic are următoarele caracteristici principale :

- se exprimă exclusiv într-un limbaj abstract şi simbolic ;
- este inaccesibil reconstituirii evenimenţiale sau cauzelor exterioare ;
- se construieşte conform unui model magic de gîndire şi cunoaştere ;
- amalgamează idei şi credinţe care constituie o concepţie ermetică a lumii.

Evoluţia acestui delir este către o sărăcire continuă a formulelor verbale, atît în plan cantitativ, cît şi în planul propriu-zis al posibilităţii de comunicare a acestora. În ciuda complicaţiilor sale labirintice, EY afirmă că, în fragmentele sale separate, acest delir este cristalizat şi stereotip.

1252. AUTO- (cf. gr. *autos* „însuşi") ● Element de compunere cu sensul prin sine însuşi, de la sine, spontan, cu mijloace proprii.

1253. AUTOACUZARE (cf. *auto-* ; lat. *accusare* „a învinui, a acuza") ● Exteriorizarea sentimentului de culpabilitate, cu inculparea subiectului însuşi prin formularea unor acuzaţii adesea foarte grave, în special din sfera morală. Este un fenomen psihopatologic complex, atît sub raport psihodinamic, cît şi sub acela al consecinţelor pe care le poate implica, în primul rînd pentru subiect.

Poate exista şi o autoacuzare *„normală"*, legată fie de un bilanţ critic al unei perioade sau activităţi, fie de încercarea de a prelua vinovăţia altei persoane, în scopul salvării acesteia (desigur şi această ultimă situaţie are motivaţii deosebite, în unele cazuri limită, cînd poate lua aspectul unui sacrificiu eroic sau al unui altruism apostolic).

Clinica psihiatrică se confruntă cu un alt tip de situaţie, care ţine de însăşi esenţa bolii psihice şi de raportul individului cu lumea. Dacă pentru persecutat lumea este percepută ca ostilă, pentru cel care acuză devine rapid insuportabilă, din motive care îi sînt intrinseci subiectului. ARNAUD îi descrie pe cei care se autoacuză, ca „umili", ruşinoşi, micşoraţi în propriii lor ochi, exagerîndu-şi infirmitatea sau viciile şi, prin aceasta, fiind dispuşi să admită şi chiar să ierte, într-o oarecare măsură, dispreţul celorlalţi. El identifică în această categorie (conform clasificării lui G. BALINT) melancolicii persecutaţi, persecu-

tații autoacuzatori și hipocondriacii autoacuzatori. Ideile de autoacuzare din depresia psihotică se referă la viața nedemnă, plină de greșeli și abateri dusă de subiect, la interpretarea într-o lumină defavorabilă subiectului a tuturor faptelor trăite anterior. Nu rareori, autoacuzarea este urmată de autodenunțare (RÉGIS) sau de „*eliberarea*" de sub povara apăsătoare a „faptelor criminale", prin autoliză. Deși este urmată net de autodenunțuri, autoacuzarea isterică are cu totul altă bază psihodinamică, respectiv dorința subiectului de a se pune în valoare cu orice preț. Implicarea subiectului în evenimente și culpabilizarea nu au alt scop decît de a face credibilă anecdotica faptelor care nu s-au petrecut și în care se pot recunoaște proiecțiile subiectului. DUPRÉ și MANET vorbesc despre un veritabil delir de autoheteroacuzare, subliniind faptul că, cel mai adesea, istericul implică și un alt subiect, pe care îl acuză și denunță.

Idei de autoacuzare, de culpabilizare delirantă ca și autodenunțări există și în schizofrenie, unde au însă, adesea, un caracter monoton, iar faptele pe care subiectul le relatează sînt deosebit de absurde, fără logică internă. Un pericol deosebit îl reprezintă însă instituirea unor măsuri autopunitive (sinucidere, automutilare), în raport cu „*vinovăția*" subiectului.

În delirul alcoolic, în conglomeratul de idei delirante de persecuție, gelozie, autoacuzarea poate fi urmată de autodenunțare. LASÈGUE atrage atenția că „atunci cînd un subiect se acuză de comiterea unui atentat monstruos, în nouă cazuri din zece este un alcoolic".

În debilitatea mintală, incapacitatea de a stabili o relație corectă, cauză-efect, și sugestibilitatea crescută sînt cele două circumstanțe care pot genera idei de autoacuzare.

Autoacuzarea (și implicit autodenunțarea) ridică probleme medico-legale, în ceea ce privește autenticitatea mărturisirilor (care pot fi surprinzător de coerente la prima vedere) și valoarea lor probatorie. Paleta largă de afecțiuni psihice, în care autoacuzarea poate apărea impune, examinarea discernămîntului subiectului ori de cîte ori o astfel de afecțiune este bănuită.

1254. **AUTOAGRESIUNE** (cf. *auto-* ; lat. *aggressio* „atac, asalt") → SUICID.

1255. **AUTOANALIZĂ** (cf. *auto-* ; gr. *analysis* „descompunere") ● Termen care desemnează explorarea (analiza, investigarea) de sine, de către propria persoană, în mod mai mult sau mai puțin sistematizat, prin folosirea unor procedee psihanalitice (asociații libere, interpretarea viselor, a reacțiilor, a conduitelor, a desenelor spontane etc.). FREUD a încercat o autoanaliză pornind de la visele sale (primul vis autointerpretat este cel referitor la cazul Irma). Ulterior, pe această bază, el ajunge la explicarea unor evenimente din copilăria sa, susținînd că analiza propriilor vise este o etapă necesară în formarea viitorului psihanalist. Mai tîrziu, FREUD afirmă că autoanaliza nu poate fi completă, întrucît o persoană nu se poate observa și interpreta pe sine cu detașare obiectivă. În ceea ce-l privește pe FREUD, autoanaliza i-a fost utilă atît pentru formație, cît și pentru descoperirea proceselor și fenomenelor pe care ulterior le-a conceptualizat în teoria sa. Autoanaliza este considerată ca o formă particulară de rezistență la psihanaliză ; chiar în cazurile în care autoanaliza este permisă, ea trebuie supusă, etapă cu etapă, unui supervizor ; astfel, ea devine un adjuvant în psihanaliză. Un analist trebuie să-și rezolve, în prealabil, propriile sale complexe, conflicte și rezistențe interioare. În măsura în care nu își tratează analitic propria persoană este aproape imposibilă tratarea analitică a altei persoane. Analiza didactică se completează optim cu o autoanaliză. Menționăm faptul că, în limbajul comun, noțiunea de autoanaliză se folosește cu sensul noțiunii de introspecție. Autoanaliza, introspecția, înclinația la autoobservație nu sînt echivalente (→ INTROSPECȚIE). Autoanaliza presupune, cu necesitate, interpretarea și analizarea în sens psihanalitic și prin mijloace psihanalitice, a manifestărilor unei persoane, pînă la descoperirea motivelor inconștiente care au generat aceste manifestări. Cunoașterea prin autoanaliză este mai profundă decît cunoașterea prin introspecție.

1256. **AUTOAPRECIERE** (cf. *auto-* ; lat. *appretiare* „a evalua" *ad-* ; *pretium* „preț") → APRECIERE.

1257. **AUTOCASTRARE** (cf. *auto-* ; lat. *castrare* „a castra") ● Automutilarea organelor sexuale, simptom întîlnit în cazul structurilor dizarmonice ale personalității, de tipul perverșilor sexuali (homosexuali etc.), dar în special, la bolnavii schizofreni catatonici și la deliranții cronici (deliruri cu conținut mistic).

1258. **AUTOCATARSIS** (cf. *auto-* ; gr. *katharsis* „purificare") ● Mod de exprimare

individuală, prin scris, muzică, desen etc.; utilizat uneori în scop terapeutic, avînd rolul de a permite subiectului să-şi cunoască şi astfel să-şi stăpînească mai bine emoţiile.

1259. **AUTOCENTRIC** (cf. *auto-* ; lat. *centrum* „centru") ● Subiect care îşi concentrează gîndurile, sentimentele, acţiunile etc. asupra propriei sale persoane. În mod normal, adolescenţa aduce o schimbare a sensului orientării autocentrice a copilului, trecîndu-se la heterocentrism.

1260. **AUTOCINETISM**[I] — *iluzie* (cf. *auto-* ; gr. *kinesis* „mişcare") ● Tip de iluzie optico-cinetică cu caracter fiziologic, constînd în impresia de deplasare în spaţiu a unui punct luminos (static), aflat în obscuritate ; face parte din seria iluziilor de mişcare aparentă. A fost descrisă de CHARPENTIER (1886) şi apoi de AUBERT (1887), care o denumeşte astfel.

1261. **AUTOCONTROL** (cf. *auto-* ; fr. *contrôle*) ● Din punct de vedere psihologic, autocontrolul este o operaţie complementară comenzii, prin care se supraveghează, pe baza retroaferentaţiei şi aferentaţiilor suplimentare, propriile reacţii şi comportamente, determinînd ponderea, accelerarea sau suspendarea lor, în conformitate cu cerinţele programului şi situaţiilor (P. POPESCU-NEVEANU). WIENER considera că autoreglajul constă din comandă şi control. În sens larg, autocontrolul reprezintă capacitatea de urmărire continuă a propriului comportament, în scopul amplificării, frînării, modelării acţiunilor, pentru a le face adaptate situaţiei, constituind o latură a „stăpînirii de sine". Această capacitate este diminuată la personalităţi dizarmonice impulsive, explozive, excitabile. Metoda autocontrolului face parte din terapiile comportamentale în care subiectul, sub influenţa terapeutului, va deveni artizanul propriului comportament. Comportamentul pozitiv va primi valorizare socială (MAHONEY), ceea ce îl va determina pe subiect să-şi întărească respectivele conduite. Stabilirea scopului terapiei, autoobservare şi autoînregistrare, autoîntărire şi evaluare — vor fi etapele acestui tip de terapie, care poate fi folosită în toxicomanii, boli psihosomatice, terapia cuplului.

1262. **AUTOCONSTRUCTIV**[D] *delir* (cf. *auto-* ; fr. *constructif*) ● Delir descris de G. de CLÉRAMBAULT (1934), constînd în prezenţa unor halucinaţii psihice prin care „vocile" îl informează pe subiect, profetizînd şi fabulînd noţiuni contradictorii în raport cu tendinţele acestuia. Completîndu-se de la o zi la alta, ideile delirante se consolidează, se amplifică construind „un roman extrapersonal", deosebit de absurd (atît de absurd încît, în unele cazuri, în cîţiva ani, subiectul însuşi va începe să-l respingă).

Evoluţia este aceea a oricărei schizofrenii. Autorul subliniază că valoarea tematică şi valoarea logică a acestui delir sînt inferioare cu multe grade ideilor aceluiaşi subiect sănătos, „precedînd gîndirea personală pe drumul demenţierii".

1263. **AUTOCRITICĂ** (fr. *autocritique* ; cf. gr. *kritike* „arta de a judeca") ● Reprezintă analiza critică a propriei activităţi, judecarea propriei conduite, capacitatea de a se judeca pe sine. Realizarea unei asemenea acţiuni presupune, necondiţionat, integritatea tuturor compartimentelor personalităţii subiectului : conştiinţă, memorie, procese de gîndire, afectivitate etc. Practic, toate afecţiunile psihice duc la diminuarea autocriticii : în isterie, bolnavii asistă indiferenţi („la belle indifférence") la spectaculoasele lor simptome de conversie ; în manie, optimismul nemăsurat, expansivitatea neîngrădită îndepărtează bolnavul de real ; sindroamele demenţiale reprezintă exemplul cel mai elocvent al pierderii autocriticii, cu paroxisme în paralizia generală, unde constituie simptomul revelator (deşi aparenţele pot înşela multă vreme).

Apariţia autocriticii constituie un bun criteriu de apreciere a vindecării în cazurile curabile de confuzie mintală, în deliruri tranzitorii, cînd perioadei în care subiectul se îndoieşte de caracterul patologic al simptomelor (halucinaţii, idei delirante etc.) îi urmează revenirea criticii.

1264. **AUTOCUNOAŞTERE** (cf. *auto-* ; a cunoaşte : lat. *cognoscere*) ● În sens larg, desemnează cunoaşterea de sine prin sine, cunoaştere care este însă relativă, fiind impregnată de subiectivism. Practic, nu este vorba de o dedublare a conştiinţei (care ar echivala cu desfăşurarea unui fapt de conştiinţă, concomitent cu analizarea lui), ci de un demers stadial, pe care-l realizează un individ în direcţia cunoaşterii de sine, demers util atît pentru autoeducaţie şi stabilirea nivelelor de aspiraţie individuală, cît şi pentru psihodiagnoză (relatările subiectului privind imaginea de sine, din cursul interviului clinic). Astfel, autocunoaşterea presupune autoobservaţie, autoapreciere critică şi autovalorizare, deci, în ultimă instanţă, raportare şi evaluare calita-

tivă la idealuri, modele și exigențe sociale. Ca tehnici de corectare a subiectivității în autocunoaștere, Gh. ZAPAN propune „metoda aprecierii obiective", iar U. ȘCHIOPU, M. GÎRBOVEANU, P. MUREȘANU propun testul celor trei profile (itemii testului conțin atribute caracteristice „omului concret, obișnuit", „omului ideal" și „propriei persoane"). Pentru psihologia introspecționistă reprezintă unica metodă autentică de cunoaștere a psihismului.

1265. **AUTODECONTRACȚIE CONCENTRATIVĂ** (cf. *auto-* ; *de-* prefix negativ ; contracție : cf. lat. *contractio* „strîngere") — sin. ANTRENAMENT AUTOGEN —sin.→ TRAINING AUTOGEN.

1266. **AUTODEPĂȘIRE** (cf. *auto-* ; a depăși : cf. fr. *dépasser*) ● Modalitate principală de autoperfecționare, constînd din proiectarea și efectuarea de acțiuni ce depășesc întrucîtva posibilitățile de moment ale subiectului, determinînd astfel progresul continuu al acestor posibilități. Autodepășirea este o atitudine față de sine și față de propria evoluție, atunci cînd se referă la conduita morală, condiționează progresul valorilor morale și implică un nivel superior de aspirații. Nu trebuie însă uitat niciodată că „mai binele este dușmanul binelui". În psihopatologie, autodepășirea poate juca diverse roluri : de la frînă (psihastenicul), la motor (paranoicul).

1267. **AUTODEPILAȚIE PATOLOGICĂ** (cf. *auto-* ; *depilation*) — sin. TRICOTILOMANIE —sin.→ HALLOPEAU[s] semn.

1268. **AUTODEPRECIERE** (cf. *auto-* ; fr. *déprécier* ; cf. lat. depretiare „a nu prețui") ● Termen care, în realitate, este opus mai mult autovalorizării decît autoaprecierii. Se referă la atitudinea de apreciere, ierarhizare, omologare a propriei persoane la un nivel inferior, raportat la grupul social și/sau idealurile și aspirațiile proprii, integrate în consensul general de aspirații al grupului. Deprecierea desemnează, în sens larg, micșorarea prețului sau valorii, calității cuiva. Această atitudine apare în urma unor defecte fizice (handicap) sau a unor boli somatice cronice (diabet, obezitate etc.), care, supraestimate de subiect, îi creează complexe de inferioritate, accentuîndu-i inadaptabilitatea. Handicapat, autodepreciat, se simte și bolnavul psihic remis, aflat în procesul reintegrării sale sociofamiliale, dar marcat de „critica" pe care începe s-o aibă față de boala sa. Autodeprecierea atinge apogeul intensității sale în cadrul simptomatologiei depresiei endogene, melancoliei, unde întregește cortegiul ideilor de culpabilitate, inutilitate, dezonorare etc. În autodeprecierea din unele stări depresive, subiectul tinde să se subevalueze, să-și diminueze meritele, calitățile proprii. Această tendință este cu atît mai accentuată, cu cît depresia este mai intensă, ajungîndu-se pînă la negarea sensului propriei existențe, ca în depresia melancolică.

1269. **AUTOECOLALIE** (cf. *auto-* ; gr. *echo* „sunet" ; lat. „ecou" ; *lalein* „a vorbi") —sin.→ STEREOTIPIE VERBALĂ.

1270. **AUTOECOPRAXIE** (cf. *auto-* ; gr. *echo* ; *praxis* „acțiune") —sin.→ STEREOTIPIE GESTUALĂ.

1271. **AUTOECOSIMPTOM STRANSKI** (cf. *auto-* ; gr. *echo* ; *simptoma* „coincidență, întîmplare") ● Simptom întîlnit în schizofrenia catatonică, implicînd repetări mecanice ale cuvintelor și frazelor proprii sau ale unor mișcări executate anterior. Este o expresie a stereotipiei.

1272. **AUTOEDUCAȚIE** (cf. *auto-* ; fr. *education* : cf. lat. *educatio*) ● Reprezintă procesul de formare a propriei personalități, realizat prin eforturi personale, care se desfășoară concomitent cu procesul educațional, realizat de alții, și respectînd aceleași legi. Perioada sa de maximă eficiență se situează în adolescență și tinerețe, avînd la bază un autocontrol permanent al comportamentului. În mod normal, acest proces se desfășoară în colectivitate, unde se și desăvîrșește, într-o formă superioară de altfel, formă care va permite subiectului să participe la procesul educațional al altora. Dacă subiectul nu se cunoaște bine pe sine, existînd o discrepanță între ceea ce este și felul cum crede că este, în ambele variante (tendințe de subestimare sau, dimpotrivă, de supraestimare a propriei persoane), procesul autoeducațional nu se poate desăvîrși.

1273. **AUTOEMPATIE** (cf. *auto-* ; gr. *empatheia* „pasiune") ● Posibilitate de autoapreciere a gradului de empatie pe care subiectul îl declanșează în colectivitate, greu de realizat obiectiv. Se întîlnește frecvent ca preocupare în psihopatologie, la personalitățile dizarmonice, pe prim plan fiind personalitatea isterică, urmată, pe locul secund, de două tipuri de personalități care, deși în sens diferit, sînt îndreptățite să-l ocupe : personalitatea paranoică și cea psihastenică.

Scanned with OKEN Scanner

1274. **AUTOERASTIE** (cf. *auto-* ; gr. *erastes* „pasionat") — sin. AUTOFILIE ; AUTOSEXUALISM —sin.→ NARCISISM.

1275. **AUTOEROTISM** (cf. *auto-* ; fr. *érotisme* : cf. gr. *eros* „dragoste") ● Termenul desemnează, în sens larg, acel comportament sexual în care satisfacţia este obţinută folosind ca obiect propriul corp (exemplul tipic este masturbaţia). În sens restrîns, termenul se referă la un comportament sexual infantil precoce, ce exprimă satisfacţia unei pulsiuni parţiale, produse prin excitarea unei zone erogene sau a unui organ ; este stadiul narcisismului infantil, în care subiectul nu face apel la un obiect exterior şi în care nu există o imagine unificată asupra corpului propriu (după J. B. PONTALIS şi J. LAPLANCHE). Noţiunile opuse sînt : ALLOEROTISM sau HETEROEROTISM. Termenul de autoerotism a fost introdus de HAVELOCK ELLIS ; autorul include aici „fenomenele de emoţie sexuală spontană, produse în absenţa oricărui stimul extern, fie direct, fie indirect". FREUD reia termenul în „Trei eseuri asupra sexualităţii" şi îl defineşte în cadrul relaţiei pulsiune-obiect al pulsiunii : „...pulsiunea se satisface folosind propriul corp". În autoerotism, după FREUD, nu se mai păstrează distincţia pulsiune-sursă pulsională-scop-obiect ; satisfacţia pulsională în autoerotism presupune ca obiectul să coincidă cu organul, cu sursa pulsională. Se impun două concluzii (J. LAPLANCHE şi J. B. PONTALIS) :

- la origine, autoerotismul este legat de pulsiunile de autoconservare ; satisfacţia autoerotică nu presupune, aici, lipsa de obiect exterior sexual specific. Pulsiunea sexuală se satisface sprijinindu-se pe pulsiunea autoconservării (foamea) obiectul fiind sînul matern. Ulterior pulsiunea sexuală se desprinde de pulsiunile nonsexuale şi devine autoerotică. Aşadar autoerotismul nu presupune, la orgine, existenţa unui stadiu „anobiectual", ci clivajul între pulsiunea sexuală şi funcţiile nonsexuale ;
- autoerotismul se leagă de acea fază a organismului în care nu se poate vorbi de o organizare de ansamblu a pulsiunilor ; satisfacţia de tip autoerotic urmează mobilizarea componentelor pulsionale parţiale (excitaţia zonelor erogene izolate).

Autoerotism şi narcisism. În concepţia lui FREUD, narcisismul defineşte investirea libidoului în Eu, Eul reprezentînd şi o imagine unitară a corpului. În acest sens, autoerotismul se opune narcisismului, autoerotismul fiind legat de pulsiunile parţiale. FREUD afirmă (citat de J. B. PONTALIS şi J. LAPLANCHE) : „La început nu există în individ o unitate comparabilă cu Eul ; Eul suportă o anumită dezvoltare. În schimb, pulsiunile autoerotice există de la origine ; deci o nouă acţiune psihică trebuie să se adauge autoerotismului pentru a da narcisismul". Ideea lui FREUD este că trecerea de la autoerostism la narcisism este marcată prin unirea comportamentelor pulsionale sexuale izolate şi prin faptul că aceste pulsiuni îşi găsesc drept obiect Eul. Aşadar, autoerotismul defineşte un comportament de satisfacţie sexuală dintr-un stadiu în care pulsiunile sexuale nu sînt reunite, ci se manifestă ca pulsiuni parţiale, în raport cu un obiect parţial şi fantasmatic. În perspectivă genetică, FREUD considera sexualitatea infantilă ca fiind caracterizată prin autoerotism ; există o trecere de la faza autoerotică pînă la faza narcisică şi ulterior la alegerea obiectuală (investirea într-un obiect exterior). K. ABRAHAM consideră că autoerotismul, ca stadiu, coincide cu stadiul oral precoce.

În psihopatologie, comportamentele de tip autoerotic pot apărea la diverse categorii de bolnavi psihici, în special la perverşi sexual ; la nevrotici, ele se însoţesc de culpabilitate, iar la psihotici, aceste acte de autoerotism sînt determinate de procesul destructurării morbide. Autoerotismul la adult presupune fenomenul de regresie. La nevrotici, regresia este predominant formală (folosirea unor modalităţi de expresie şi de comportament inferioare). La psihotici, se întîlnesc toate cele trei categorii de regresie : topică, temporală şi formală (→ REGRESIUNE). Există situaţii (prizonierat, detenţie etc.) în care autoerotismul adultului este tranzitoriu şi nu se consideră comportament patologic.

1276. **AUTOFAGIE** (cf. *auto-* ; *phagein* „a mînca") ● Tulburare gravă a comportamentului instinctual, care denotă atingerea celor mai profunde straturi ale psihismului de către procesul morbid (demenţiere profundă) sau absenţa unei dezvoltări psihice normale (idioţia) ; constă în roaderea şi/sau sugerea propriilor ţesuturi, pînă la automutilare.

1276. **AUTOFELAŢIE** (cf. *auto-* ; lat. *fellare* „a suge") ● Formă extrem de rară de autoerotism masculin, cuprinsă în raportul KINSEY. „Dificultăţi tehnice" ar explica, după acest autor, frecvenţa ei atît de redusă (sub 2‰) şi prezenţa mai ales la copil şi adolescent.

1277. AUTOFETIŞISM (cf. *auto-* ; gr. *fétichisme*) ● Termenul a fost introdus de HIRSCHFELD pentru a denumi o formă particulară de fetişism, caracterizată prin apariţia excitaţiei sexuale a subiectului în prezenţa unui obiect personal (de obicei, vestimentar). Este legat de puternice trăsături narcisistice.

1278. AUTOFILIE (cf. *auto-* ; gr. *philein* „a iubi") — sin. AUTOERASTIE ; AUTOSEXUALISM —sin.→ NARCISISM.

1279. AUTOFLAGELARE (cf. *auto-* ; lat. *flagellare* „a biciui") ● Obţinerea excitaţiei şi/sau satisfacţiei sexuale prin biciuirea propriului corp (HIRSCHFELD), în prezenţa unui partener sexual sau a mai multor spectatori. Apare evidentă paralela cu autoflagerările din evul mediu, din timpul procesiunilor religioase, ca şi cu acelea practicate de membrii unor secte contemporane. „Posesiunea divină" prin martirizarea trupului este, în fapt, căutarea unei satisfacţii erotice patologice.

1280. AUTOFOBIE(F) (cf. *auto-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teama patologică şi nejustificată de a fi singur. Lipsită de semnificaţie patologică în copilărie, ea devine semnificantă la personalităţi dizarmonice, în reacţii, nevroze, unele demenţe.

1281. AUTOFONOMANIE (cf. *auto-* ; gr. *phonos* „ucidere" ; *mania* „nebunie") ● Tendinţa la sinucidere ; termenul nu se mai utilizează.

1282. AUTOGENĂ(B) *boală* cf. *auto-* ; gr. *gennan* „a naşte") ● BALINT introduce dicotomia autogen-iatrogen, în ceea ce priveşte boala, arătînd că, la orice subiect, medicul trebuie să trateze două boli : pe cea de care subiectul se plînge — noi senzaţii, temeri, bănuieli şi suferinţe (boala autogenă) şi pe cea relevată de medic, prin dispunerea într-o ordine coerentă a datelor din anamneză şi explorări (boala iatrogenă). El arată că, adesea, medicul este tentat să rezolve numai această ultimă faţetă a bolii, lăsînd de fapt nesatisfăcut subiectul. În psihiatrie, se impune cu atît mai mult tratarea bolii autogene, cu cît ea poate fi nucleul celei iatrogene.

1283. AUTOGNOZIE (cf. *auto-* ; gr. *gnosis* „cunoaştere") ● Se poate identifica cu noţiunea de conştiinţă de sine.

1284. AUTOHIPNOTICE — *tehnici* (cf. *auto-* ; gr. *hypnos* „somn") ● Ansamblul procedeelor (tehnicilor) sugestive, cu rol hipnotic, utilizate de subiecţi, individual şi independent, şi în prelungirea tehnicilor de relaxare, în scopul întăririi efectelor (sau menţinerii lor în timp) înregistrate prin sugestii terapeutice. Reprezintă un gen de autosugestii sedative sau de formule hipnogene repetate pe fondul relaxării.

1285. AUTOHTON (cf. gr. *autos* ; *chthon* „pămînt, ţară") ● Termen folosit în psihopatologie în special pentru ideile obsedante, desemnînd apariţia acestora în conştiinţă ca o gîndire generată spontan.

1286. AUTOHTON(D) *delir* (cf. gr. *autos* ; *chthon* „ţară, teritoriu") ● Termen introdus de CONRAD pentru a desemna ideile delirante primare, ireductibile, care apar „de novo" (CAVENAR şi BRODIE). Conceptul este, în mare măsură, similar cu delirul jaspersian.

1287. AUTOHTONIE (cf. gr. *autos* ; *chthon*) ● În psihologie, termenul se referă la modul de funcţionare a psihicului uman. După unii autori, activitatea psihică este tributară unor forţe interne ale psihicului. Se citează exemplul viselor (produse ale unor energii proprii psihicului). Autohtonia ar fi implicată în semnificaţia acordată noţiunii de psihogenie.

1288. AUTOINTOXICARE (cf. *auto-* ; lat. *intoxicare* „a otrăvi" : cf. gr. *toxicon* „otravă") ● Afectare tisulară datorată acumulării unor substanţe aflate în mod normal în sînge, dar a căror concentraţie creşte foarte mult la un organism aflat în condiţii patologice. În mod normal, toxicitatea acestor produşi este neutralizată prin mecanisme hepatice, renale, sudorale, dar în condiţii patologice, de alterare funcţională sau morfologică a sistemelor antitoxice, acumularea substanţelor toxice, imposibilitatea neutralizării lor determină autointoxicarea organismului, însoţită de manifestări psihice, de coloratură şi intensitate diferite, de la cefalee şi astenie, pînă la confuzie mintală. Nu lipsită de interes ne apare „autointoxicarea psihică", în care ideile „*în absenţa neutralizării*" prin mijloacele specifice şi normale, au drept produs final delirul şi sistematizarea sa.

1289. AUTOÎNTĂRIRE (cf. *auto-* ; a întări) ● Tehnică de autocontrol prin care subiectul însuşi planifică consecinţele pozitive sau negative ale unora dintre comportamentele sale. Autorecompensarea întăreşte tipurile de comportamente pozitive mai mult decît alte metode (autoobservaţia, autopedepsirea etc.). Această tehhică se bazează pe capacitatea su-

biectului de a se autoobserva și de a-și înțelege conduitele, de a realiza o analiză funcțională corespunzătoare.

1290. **AUTOKINEZA** (cf. *auto-* ; gr. *kinesis* „mișcare") ● Fenomen constatat experimental, implicind apariția unei reacții psihogene tardive în raport cu stresul cauzator (GANT, 1958) ; a fost observat în experiențe de condiționare, cind mult după stingerea reflexului condiționat (ani, luni), apare nevroza experimentală, ca și cum condițiile experimentale inițiale ar fi fost reactualizate (autokineză negativă). Autokineza pozitivă ar consta în ameliorarea semnelor noului episod psihogen sub un tratament medicamentos.

1291. **AUTOKIRIE** — sin. AUTOLIZĂ ; AUTOTONAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SUICID.

1292. **AUTOLIZĂ** (cf. *auto-* ; gr. *lysis* „dizolvare") ● Termen folosit în biologie, pentru a desemna procesul de dezintegrare a celulelor și țesuturilor vegetale și animale, sub acțiunea enzimelor existente în aceste țesuturi. În literatura psihiatrică, termenul folosit de cele mai multe ori ca sinonim al suicidului, poate defini totalitatea comportamentelor autoagresive, avind drept rezultat suprimarea existenței individului → SUICID.

1293. **AUTOMAT** (cf. gr. *automatos* „care se mișcă singur") ● Sistem care poate duce la îndeplinire anumite operații cu caracter stereotip fără a fi necesar un alt control din exterior. Ideea că ființele vii sint niște sisteme automate o găsim la R. DESCARTES și apoi la LAMETTRIE care, ca adept al curentului mecanicist, o extinde și la ființa umană, la gîndurile și acțiunile sale. Oamenii au numit automate) primele mașinării pe care le-au creat și care încercau să imite mișcările ființelor vii (instrumente muzicale, păpuși, diverse jucării). Acest epitet a fost atribuit și oamenilor înzestrați cu un spirit de inițiativă și combativitate mai reduse, care reproduc mecanic ceea ce ar fi de presupus să facă din propria lor voință. Epoca actualei revoluții științifice și tehnice privește lumea vie și indivizii săi ca pe niște automate informaționale, ca sisteme dinamice cu funcții reglate astfel, încît intrările și starea sistemului condiționează ieșirile, care devin în acest mod predictibile și programabile. Această ultimă și valoroasă însușire a automatului, cu posibilități de dezvoltare nemăsurate în viitor, se bazează pe un model matematic abstract, un cvintuplu : $M = \{I, S, Z, \sigma, \lambda\}$ în care : I = mulțimea simbolurilor de intrare, S = mulțimea stărilor automatului, Z = mulțimea ieșirilor, $\sigma \div I \times S \rightarrow S$ este funcția de tranziție și $\lambda : I \times S \rightarrow Z$ este funcția de ieșire. Automatul realizează o transformare de intrare-ieșire prin parcurgerea stărilor din mulțimea S, în funcție de succesiunea simbolurilor de intrare. Acest model este frecvent utilizat pentru studiul echipamentelor și proceselor de prelucrare a informației numerice. În funcție de caracteristicile elementelor cvintuplului M, automatele se clasifică în : determinist, nedeterminist, probabilistic, finit, celular, programabil.

Prin excepție, în cazul organismului viu, relația între gradul de evoluție și cel de rigiditate a multiplelor sisteme automate care-l compun este invers proporțională, comportamentul rațional fiind mai puțin automat decit cel irațional. Executarea extrem de frecventă a unor mișcări, care la origine au avut un control conștient, le-a conferit acestora pe parcursul traiectoriei ontologice, un caracter automat, care nu se mai observă în mod normal (articularea cuvintelor, mersul etc.). Restringerea numărului actelor unui subiect la cele automate are semnificația unei regresiuni.

1294. **AUTOMATISM MINTAL**(S) *sindrom* (fr. *automatisme*) — sin. AUTOMATISM MINTAL KANDINSKI-CLÉRAMBAULT ; „SINDROMUL S" ● Pornind de la modelul neuronal, C. G. de CLÉRAMBAULT descrie, în anul 1926, cu o remarcabilă minuție și precizie, sindroamele cardinale ale psihiatriei. El definește automatismul mintal astfel : „proces autonom, caracterizat prin devansarea gîndirii ; enunțarea actelor ; impulsiuni verbale ; tendința la fenomene psihomotorii cu următoarele caractere : neutralitate (cel puțin inițial) a conținutului și nonsenzorialitate ; rol inițial în decursul psihozei".

Acestor elemente autorul le va adăuga o serie de procese mai rare sau mai obișnuite care, după expresia lui H. EY, „mișună" pentru a se amalgama în mozaicul psihozie halucinatorii.

Subiectul capătă convingerea că, în creierul său, pătrund gînduri străine, că gîndirea îi este manevrată, că actele îi sînt comentate și comandate din afară (fenomene xenopatice). Fenomenul de ecou al gîndirii poate avea caracter adițional, constatator sau comentativ. El poate să anticipeze, să urmeze sau să aibă o desfășurare simultană cu ideația pe care o însoțește.

H. EY și P. BERNARD sistematizează sindromul automatismului mintal în următoarea formă :

- senzații parazite (halucinații psihosenzoriale simple „anideice") ;

Tabel nr. XXVIII

Procese pozitive	Procese mixte	Procese negative	Automatisme
• emanciparea abstracțiilor • depănarea mută de amintiri • ideoree • asemănări • false recunoașteri	• substituirea gîndirii • nebulozitate anticipativă a gîndirii	• uitări • golire de gînduri • aprosexie • îndoieli • perplexitate fără obiect	• afectiv, emotiv și emoțional • vizual : ideoree vizuală • verbal : jocuri verbale fragmentare, silabe parazite, particule de cuvinte

- triplul automatism : motor, ideator și ideoverbal ;
- dedublarea mecanică a gîndirii (triplul ecou : al gîndirii, actelor și lecturii ; enunțarea gesturilor și intențiilor și comentarea actelor) ;
- micul automatism (anticipare ideativă, depănare de amintiri, intenții abstracte, stranietate a gîndirii, mentism xenopatic) ; micul automatism a mai fost denumit și sindrom de pasivitate sau de interferență.

Automatismul mintal poate rămîne, în forma sa pură, în stadiul de „mic automatism“, care nu adaugă elemente interpretative sau explicative, dar poate avea o evoluție remitentă și paroxistică, atunci cînd existența tulburărilor afective cu caracter paroxistic exacerbează manifestările sindromului. Frecvent, sindromul de automatism mintal stă la baza delirului secundar din cadrul unei psihoze delirante cronice, delir apărut prin mecanism interpretativ sau explicativ orientat endogen (delir de posesiune) sau exogen (delirul de influență, de persecuție), în funcție de particularitățile structurale ale subiectului.

După E. BLEULER, frecvența cu care sindromul de automatism mintal se întîlnește în schizofrenie este mare, elementele din sindrom fiind adesea constatate chiar de la începutul bolii (KOURETAS, SCOURAS). Atitudinile catatonice, actele motorii bizare s-ar explica cu reacții opoziționale la comentariile „vocilor“, din cadrul automatismului mintal.

C. G. de CLÉRAMBAULT a descris forme „masive și difuze“ ale sindromului de automatism mintal, referindu-se la evoluția rapidă, care sare peste etapele ideosenzoriale ale automatismului, apărut în stările confuzionale infecțioase, toxice și în stările sechelare. Forme tranzitorii se descriu în cadrul evoluției unor afecțiuni organice (tuberculoză, meningite seroase, hipertensiune intracraniană).

Patogenia sindromului este un subiect controversat și explicațiile date s-au grupat în teorii psihologice și organiciste. Primele se leagă de procese greu obiectivabile, cum ar fi, de exemplu : diminuarea voinței și a sintezei mintale (SÉGLAS), refularea unor stări afective care, după aceasta, ar putea căpăta un caracter indiferent, ca și cum ar fi străine subiectului (discordanța afectivă Cellier). În cadrul teoriilor organiciste și fiziopatologice, trebuie să începem cu autorul descrierii sindromului. El consideră că acesta s-ar datora unor microleziuni meningeale sau corticale sau ale nucleilor cenușii, apărute în cadrul unor infecții exogene, endogene sau impregnări toxice. GUIRAUD a încercat o explicație avînd la bază asincronismul cronaxic neuronal, deși anatomopatologic acest lucru nu s-a putut demonstra. Au fost luate în considerație și antecedentele patologice și predispoziția. În ciuda unor limite teoretice inerente, descrierea sindromului de automatism mintal reprezintă o sinteză majoră, care a rupt barierele artificiale dintre fenomenele halucinatorii, demonstrînd unitatea lor.

Descrierea deosebită pe care KANDINSKI (1888) o dăduse pseudohalucinațiilor i-a îndemnat pe unii autori să denumească acest sindrom, sindromul Kandinski-Clérambault, fapt numai parțial justificat, deoarece sindromul de automatism cuprinde o serie mai largă de fenomene decît cele magistral expuse de autorul rus (pseudohalucinații, halucinații psihomotorii), care le dă o explicație la fel de organicistă (GHILIAROVSKI) : excitația zonelor corticosenzoriale.

1295. **AUTOMATISM MINTAL PSIHOGENIC**[s] *semn* — sin. SINDROMUL DE ACŢIUNE EXTERIOARĂ[(s)] • În anumite circumstanţe patologice, mecanismul automatismului mintal îmbracă o intensitate caracteristică, determinind stări la limita dintre normal şi patologic sau chiar patologice, clasificate din 1913, de către H. CLAUDE şi LEVY-VALENSI în:

- stări de automatism mintal cu modificarea clarităţii conştiinţei, automatisme epileptice, stări crepusculare, activitatea delirant-onirică;
- stări de automatism care nu sînt recunoscute ca anormale de către subiect, conştienţa fiind păstrată, apărute în fazele de excitaţie maniacală, halucinaţiile psihosenzoriale, deliruri de imaginaţie şi manifestări delirante isterice;
- stări de automatism în care subiectul are conştiinţa caracterului anormal al acestei manifestări: sindroame obsesivo-fobice, stări anxioase. H. CLAUDE va angaja pe tema automatismului mintal, pe care îl va numi şi „sindromul de acţiune exterioară", o vie polemică cu C. G. de CLÉRAMBAULT, susţinînd că la baza acestuia stă „o tulburare mai mult sau mai puţin veche şi profundă" a afectivităţii şi stabilind o serie de legături cu delirul senzitiv de relaţie (KRETSCHMER).

Această ipoteză psihogenetică nu s-a dovedit însă cu nimic mai reală decît cea organogenetică, fiind limitată la unele cazuri de apariţie a fenomenului.

1296. **AUTOMATISM MINTAL PSIHOLOGIC** • Activitate independentă şi spontană a întregii vieţi psihice sau a unui sector al ei, care se desfăşoară în afara controlului conştiinţei şi voinţei. Automatismul poate exista ca fenomen normal (automatism psihologic normal) sau patologic.

În 1889, P. JANET îşi publică teza privitoare la automatismul psihologic, în care caracterizează activitatea automată ca „trebuind să aibă ceva spontan, cel puţin în aparenţă" nefiind „pur mecanică şi absolut fără conştiinţă". El concepe automatismul psihologic ca o formă inferioară a activităţii umane. Această idee va fi reluată de BERGSON, care va considera că actele neautomate, „libere", sînt rare şi au „un caracter de solemnitate".

1297. **AUTOMATIZARE** (fr. *automatiser*) • Proces prin care, fără efort sau o direcţionare conştientă, o acţiune devine rutinieră şi automată. Extrapolat în tehnică, termenul se referă la dispozitive tehnice cu ajutorul cărora pot fi realizate operaţii executate altădată manual sau mintal.

• *În psihologie*, automatizarea acţiunilor psihomotorii include procesul de relativă diminuare a funcţiei de control pe care o exercită conştiinţa asupra acţiunilor iniţiale, care, prin repetare, tind să-şi estompeze caracterul raţional. Acţiuni umane ca articularea cuvintelor, mersul, conducerea auto, învăţarea unui sport, a unei meserii etc. încep prin a fi învăţate conştient, prin mobilizarea voinţei, şi ajung să fie însuşite la perfecţie numai după o exersare îndelungată, timp în care elementele nou învăţate se întregesc, se completează, ajung să formeze o unitate, ca ulterior să tindă spre rutină. Desigur, după cum afirma şi W. JAMES, citat de P. POPESCU-NEVEANU, numărul de acţiuni automatizate creşte odată cu gradul de complexitate a activităţii.

• *În psihopatologie*, automatizarea poate fi unul dintre factorii mecanismului de producere a nevrozei, după cum afirmă WAELDER („automatizarea reacţiei la anxietate"), indivizii păstrînd caractere psihologice ale copilăriei încă multă vreme în decursul existenţei lor. După această opinie, nevroticul acţionează ca un automat, sub povara impulsiunilor lui infantile. Schizofrenia reuşeşte, în temeiul aceleiaşi interpretări, să arunce subiectul „în adîncurile cele mai profunde ale inconştientului său", dominat de valorile copilăriei.

1298. **AUTOMATIZARE A ACŢIUNILOR PSIHOMOTORII** • Proces de transformare, prin interiorizare şi exersare repetitivă, în baza stereotipurilor dinamice şi a fenomenelor de feed-back, a acţiunilor conştient-voluntare în acţiuni „autorizate" de conştiinţă (Ch. BLONDEL) şi voinţă. Automatizarea decurge din exerciţiu, care, la rîndul său, presupune condiţionare, sistematizare reflexă sau stereotipizare. Specificul automatizării este consolidarea prin exerciţiu a învăţării anumitor acţiuni. Raporturile intime pe care le întreţin actele automatizate (mai ales în etapa iniţială şi, circumstanţial, posterioară automatizării) cu controlul conştient şi voluntar, precum şi cu procesele de învăţare din care decurg, le delimitează net de actele automatice-instinctive sau de automatismele native. Automatismele conservă şi repetă ceea ce a fost achiziţionat, dar valoarea lor adaptativă depinde strict de modul cum sînt integrate în conduita inteligentă sau, în termeni janetieni, în conduita „pe măsură". Celebra lucrare a lui P. JANET „L'automatisme psychologique" (1894), inclusiv dezvoltările interioare, precum şi progresele

neurofiziologiei și psihociberneticii, au dus la statuarea automatizării ca o lege universală a activității psihocomportmanetale, ca unul dintre principiile fundamentale ale construcției progresive a sistemului psihic uman. Cu cît activitatea psihică este mai evoluată și complexă, cu atît este mai mult mediată instrumental (VÎGOTSKI, OSGOOD) și are o structură mai ramificată, plurinivelară. Multitudinea verigilor, operațiilor, nivelurilor, relațiilor implicate de ea presupune cu necesitate automatizări de acțiuni. W. JAMES arată într-un studiu că cel puțin 90% din comportamentele activității gîndirii sînt habituale.

La baza automatizării (mecanismelor psiho-neuro-fiziologice) stau o serie de fenomene și relații : realizarea unui tonus ridicat al scoarței, apariția unei zone de excitabilitate optimă, formarea stereotipului dinamic, întărirea legăturilor temporare, sisteme de aferență, conexiuni inverse, activitatea din zonele inhibate, în care un rol central revine aferentației inverse. Stereotipul dinamic (model sau matrice funcțională în limbaj cibernetic) este rezultatul activității analitico-sintetice a scoarței cerebrale. Legăturile temporale, inițial disparate, se organizează prin interconectare într-un sistem unitar, în care un rol hotărîtor (KUPALOV și ASTRATIAN) il au ordinea în care se succed stimulii și duratele intervalelor dintre stimulările ordonate. Între diversele unități stereotipe există raporturi de subordonare, de opoziție sau contiguitate. Stereotipul însuși este subordonat dominantelor și direcțiilor în care se dezvoltă activitatea corticală. Aferentația inversă îndeplinește, in automatizare, o dublă funcție. Față de centrii corticali responsabili pentru fiecare act elementar constituent al unui act motor complex, ea joacă un rol de semnalizare a preciziei sau adecvanței în raport cu celelalte acte, dar și cu actul global, iar față de rezultatul final, de ajustare sau de sancțiune, permite comenzi corectoare (P. K. ANOHIN). Pentru evitarea interferențelor, este necesar controlul felului cum se ierarhizează componentele sistemului reflex, bariera ambianței pentru evitarea unor condiționări anexe limitative, generalizarea stereotipului prin practicarea lui în condiții de exersare variată (mai ales prin procedeul „opoziției alternative", preconizat de PAVLOV) și facilitarea transferurilor. Orice act automatizat se asociază sau se circumscrie, mai ales prin partea executivă (efectorie), unei acțiuni complete sau complexe. De exemplu, formele elementare ale mișcărilor capului, miinilor, picioarelor, trunchiului, în raport cu acțiunea de deplasare în spațiu ; mișcările ochilor, în timpul percepției unui obiect ; mișcările degetelor și brațului, față de acțiunea de scriere ș.a.

Orice act automatizat rezultă din învățare și exercițiu (→ETAPELE AUTOMATIZĂRII). Odată constituit stereotipul dinamic, orice act automatizat se desfășoară relativ autonom de controlul conștient și de investiția de efort voluntar, în mod spontan și facil. El presupune economie de efort, ușurință în execuție (rapiditate) și cursivitate, prescurtare și schematizare (grad de generalitate) și un mare grad de stabilitate (dictonul : „reînvățarea este mai grea decît învățarea" se aplică foarte bine actelor automatizate, dat fiind mecanismul lor neurofiziologic). În structura personalității, actele automatizate se situează la diferite niveluri de generalitate : de la actele simple, motorii, și mixte ca: mersul, scrisul, vorbirea, la grupurile și grupările de operații intelectuale de tipul celor patru transformări INRC (identica, negația sau inversia, reciproca și corelativa) sau la algoritmii de calcul și gramaticali. Este greșită absolutizarea rigidității și independenței de control conștient ale actelor automatizate. Ele sînt cadre mobile (rigidă este doar structura ordonată de verigi), susceptibile de noi conținuturi și se declanșează cu ușurință atunci cînd situațiile de viață o reclamă (rol adaptativ). Cu cît activitatea este mai complexă, cu atît intră în joc un număr mai mare de acte automatizate (proporționalitate între gradele de complexitate a conduitei și numărul dimensiunilor habituale implicate). Cercetările întreprinse de A. T. PUNI și D. I. BOGDANOVA, privind componentele automatizate implicate de activitățile sportive, confirmă faptul că baza de reglaj nu este suprimată, ci doar restructurată, în sensul reducerii controlului conștient la o supraveghere „de la distanță" și generală a activității (în care actele automatizate sînt operatorii) sau al intervenției facultative a conștiinței efortului și direcției, cînd apar dificultăți sau noutăți de situație. De altfel, volumul conștiinței este limitat la 7 ± 2 elemente și, cum acțiunile umane complexe implică un număr cu mult mai mare de parametri ce trebuie avuți în vedere concomitent, actele automatizate nu fac decît să se fixeze asupra strategiei generale sau obiectivelor esențiale pentru activitatea propusă.

Toate cercetările fiziologice sau psihologice care s-au ocupat de problema automatizării acțiunilor psihomotorii i-au relevat procesualitatea sau stadialitatea (VÎNOGRADOV, LOMOV, KRESTOVNIKOV, ZINCENKO, PUNI ș.a.).

În general, orice acțiune automatizată implică o aferentație vizuală, auditivă, tactilă etc. și,

mai ales, kinestezică. Studiile contemporane asupra deprinderilor acordă o mare importanță elaborării coordonărilor senzorio-motorii (cercetările lui ZINCENKO, ZAPOROJET etc.) în procesul consolidării deprinderilor ; se produce o reducere parțială, atît a controlului kinestezic, cît și a celui vizual sau de alt gen. Rolul kinesteziei și al cuvîntului în însușirea mișcărilor a fost evidențiat în legătură cu diferitele categorii de calificare sportivă (gimnaști, schiori). Din toate cercetările efectuate a rezultat faptul că includerea limbajului în acțiunea motorie determină ridicarea acesteia la un nivel superior → ANTRENAMENTUL PSIHOTONIC.

Intervenția celui de al doilea sistem de semnalizare nu este identică în toate momentele automatizării acțiunilor. În reacția electivă, există două tipuri de automatizări : una în care accentul trece treptat pe primul sistem de semnalizare, alta în care automatizarea se realizează cu păstrarea continuă a rolului diriguitor a celui de al doilea sistem de semnalizare. Actele automatizate intelectuale aparțin categoriei a doua. Întreg procesul automatizării acțiunilor presupune unitatea și corelarea variabilă a momentului senzorial, a celui motor și a orientării conștiente.

Relația conștiință-automatizare poate fi abordată din punct de vedere fiziologic și psihopatologic. Creatorul intuiționismului, H. BERGSON, aprecia că cu cît actele noastre se automatizează mai mult, cu atît produc o mai accentuată retragere a conștiinței. Psihologul „conduitei", P. JANET, vedea o opoziție între activitatea creatoare a spiritului și activitatea reproductivă definită ca automatism. Acest gen de automatism (după JANET, activitatea umană în formele ei cele mai simple și rudimentare) se caracterizează printr-o regularitate sau determinism riguros, spontaneitatea fiind cel puțin aparentă. Boala psihică ar fi spontaneitatea descătușată de orice rigoare sau control dirijat și supravegheat (conștient), în ansamblul conduitei (P. JANET). În mod normal, actele automatizate rămîn sub supravegherea conștiinței, numai cele anormale se disociază de conștiință. Deviații cu caracter psihopatologic sînt :

- manierismele (întîlnite în simulare, schizofrenie, isterie etc.) ;
- stereotipiile de poziție, de mișcare și verbale (întîlnite în schizofrenii, mai ales în formele hebefrenică și catatonică, oligofrenii grave, demențe, afecțiuni neurologice cronice) ;
- ritualurile și actele compulsive (întîlnite în sindromul obsesiv, nevroza obsesivo-compulsivă, la personalitățile psihastenice, în debutul unei schizofrenii).

1299. **AUTOMATOZĂ** (cf. *auto-* ; gr. *mathos* „cunoștință, experiență, obicei") sin. → ZINGERLE(S) sindrom.

1300. **AUTOMISOFOBIE(F)** (cf. *auto-* ; gr. *mysos* „murdărie" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică, nejustificată de a nu răspîndi mirosuri neplăcute, urîte ; conduce la o serie de conduite de asigurare, care devin pentru subiect o preocupare de prim plan. Are semnificație psihopatologică gravă, fiind prezentă în nevrozele maligne și în schizofrenie.

1301. **AUTOMORFISM** (cf. *auto-* ; gr. *morphe* „formă") ● Tendință de a-i judeca pe alții sau de a gîndi despre ei prin prisma propriei persoane, prin ignorarea diferențelor și/sau accentuarea asemănărilor.

1302. **AUTOMUTILARE** (cf. *auto-* ; lat. *mutilare* „a mutila") ● Mutilarea voluntară a propriei

Vincent Van Gogh – Autoportret

persoane (sau realizată de altcineva, la cerere), avînd o motivație și un scop în cazul personalităților dizarmonice sau fiind expresia unei trăiri psihotice. Poate interesa orice segment al

corpului, cel mai frecvent avînd drept obiect organele genitale și cel mai rar, globii oculari (WACKENHEIM, BECKER, NEVUS au descris și asemenea cazuri). La copii, automutilarea are o notă particulară, interesînd în primul rînd (LESCH, NYHAN) buzele și degetele (prin mușcare), frecvența fiind mai mare la băieți.

Se întîlnește la personalități dizarmonice, în scopul obținerii unor beneficii secundare (sustragere de la serviciul militar, simularea unui accident sau a unei agresiuni etc.), la perverși sexuali, în epilepsie, schizofrenie, melancolii delirante, demențe. S-a constatat la acești subiecți o creștere a nivelului acidului uric sanguin și urinar, fără să se poată spune în ce fel este influențat tabloul psihopatologic de această modificare.

1303. **AUTONOMAZIE** (cf. *auto-* ; gr. *onoma* „nume") ● Dificultatea subiectului de a-și reaminti nume proprii sau substantive ; este o formă de afazie amnezică.

1304. **AUTONOMIE** (cf. gr. *autonomos* „care se conduce după legi proprii, independent") ● Autoguvernare după legi proprii, capacitate de acțiune în conformitate cu reguli și principii imanente, fără subordonare față de o cauzalitate externă — în opoziție cu heteronomia, care desemnează supunerea în fața unor reguli dictate din afară. În etică, autonomia se înfățișează ca o ipostază a libertății morale, instaurîndu-se prin capacitatea de autodeterminare a subiectului, călăuzit de propriul discernămînt și acționînd conform propriei sale voințe. KANT face din autonomia voinței, care postulează imperativul categoric drept regulă formală absolută și imanentă, categoria centrală a eticii, căutînd astfel o modalitate de emancipare a moralei față de tutela dogmelor religioase, prin instituirea unui temei propriu al eticului desprins de orice condiționare exterioară. Într-o accepțiune mai cuprinzătoare, proprie filozofiei culturii și axiologiei, autonomia, ca atribut al diferitelor domenii de activitate, de reflecție și de creație valorică, desemnează proprietatea acestora de a se constitui și evolua numai pe baza regulilor, normelor și criteriilor proprii, excluzînd intervenția unei cauzalități străine de substanța lor specifică. Autonomia pură este o iluzie metafizică, în oricare dintre aceste accepțiuni ; atît voința cît și domeniile de creație valorică se situează la niveluri ontice evoluate, autodeterminarea lor fiind condiționată de determinismul propriu nivelurilor ontice inferioare (mecanic, fizico-chimic, biologic, psihologic, economic, social), pe care le integrează într-o ordine sui generis.

1305. **AUTOOBSERVARE** (cf. *auto-* ; lat. *observare*) ● Termenul are două accepțiuni :

● *Capacitatea unor subiecți* de a-și analiza trăirile și reacțiile în fața unor evenimente sau în cadrul unor intoxicații, voluntare sau nu, cu diverse substanțe cu acțiune psihotropă. Astfel, în psihiatrie, sînt celebre autoobservațiile unor scriitori sau medici ca : Th. de QUINCEY, VOLTAIRE, KANDINSKI, FREUD, GOETHE etc.

● *Tendință cu caracter patologic* a unor subiecți de a-și analiza în mod excesiv unele funcții fiziologice (respirație, puls, bătăile cordului, sudorația, funcția sexuală etc.) și de a le acorda, de obicei, o semnificație morbidă. Este mai frecventă la personalitățile dizarmonice psihastenice, paranoiace, anxioase, ca și la bătrîni și adolescenți.

O formă particulară o îmbracă autoobservația în oglindă a schizofrenilor, care constituie după unii autori, un semn patognomic → SEMNUL OGLINZII.

1306. **AUTOORGANIZARE** (cf. *auto-* ; fr. *organiser*) ● Însușire a sistemelor evolutive (biologice, psihice, sociale) de a trece treptat la un nivel de organizare superior, în scopul perfecționării funcționale și al adaptării la mediu. Autoorganizarea este rezultatul schimburilor informaționale și a autoreglărilor prin feed-back pozitiv sau negativ. În lumina acestei teorii, starea de sănătate presupune păstrarea intactă a autoorganizării întregului organism, iar boala generează dezorganizări mai mari sau mai mici ale sistemului.

1307. **AUTOPARAGRAFIE** (cf. *auto-* ; gr. *para* „alături" ; *graphein* „a scrie") ● Termen propus de BOBON, în 1950, pentru a desemna introducerea automată a literelor parazite în cuvînt, în timpul scrierii sub dictare, de către subiecți schizofreni. Izolat acest semn nu are valoare clinică, putînd fi generat și de alți factori.

1308. **AUTOPARALEXIE** (cf. *auto-* ; gr. *para* ; *lexis* „cuvînt") ● Introducerea automată a unor sunete parazite în cuvînt, în timpul citirii, de către subiecții schizofreni. Termenul a fost introdus de BOBON, în 1950. Menționăm aceleași rezerve ca și în cazul AUTOPARAGRAFIEI.

1309. **AUTOPISTOSIE** (cf. *auto-* ; gr. *pistos* „demn de încredere") ● Termen propus de J. TOULEMONDE pentru a defini încrederea în sine, element fundamental de circumscriere a caracterului. După acest autor, autopistosia are o triplă origine : euforia congenitală, edu-

cația și succesul. Subiecții de tip autopistosic sînt extroverți, sociabili, veseli, orgolioși, stimulați de succes și avînd drept „excitant al puterilor psihologice" încrederea în sine. Spiritul de inițiativă, încrederea în viitor, dorința de risc, autoritatea, nevoia de a conduce și verbalitatea foarte pronunțată ar fi trăsăturile cele mai importante ale acestor personalități.

1310. **AUTOPLASTIC** (cf. *auto-* ; fr. *plastique*) ● Termen introdus în psihanaliză, de FERENCZI și LAGACHE, care l-au preluat din teoriile adaptării. Desemnează reacțiile cele mai elementare ale organismului în scopul apărării sale și al realizării unui echilibru (de exemplu, somnul, care este o adaptare autoplastică). Efectele psihanalizei ar fi și ele de natură autoplastică. Se descrie și o autoplastie patologică, referitoare la structurările simptomatice nevrotice (de exemplu, obsesia) sau psihotice (de exemplu, halucinațiile, delirul). Modalitatea autoplastică de manifestare a unui tablou psihic se referă la afecțiunile (nevroze, psihoze) în care predomină simptomele, trăirile psihopatologice, ce modifică (sau nu) consecutiv și comportamentul → ALOPLASTIC.

1311. **AUTOPSIE PSIHOLOGICĂ** (cf. gr. *autopsia* „acțiunea de a vedea cu proprii ochi" : *autos* ; *ops* „vedere") ● Investigație medico-psihologică în scopul înțelegerii procesului suicidar și a variațiilor factori care, relaționîndu-se într-un mod complex, duc la deznodămîntul fatal. A fost elaborată de SCHEIDMAN. WEISMAN afirmă că, în timp ce autopsia somatică caută cauza morții, cea psihologică studiază contextul în care moartea se produce : una o completează pe cealaltă. Are ca obiect încercarea de a reconstitui circumstanțele existenței, psihicul și comportamentul suicidantului în perioada imediat anterioară morții sale. O astfel de acțiune nu poate fi de folos subiectului care a reușit în tentativa sa, dar poate fi de o importanță majoră atunci cînd actul a eșuat (dintr-un motiv oarecare), atît pentru subiect, cît și pentru membrii familiei sau cei apropiați. O posibilă elucidare duce la o deculpabilizare uneori importantă, care poate evita posibilitatea dramatică a repetării actului de către un alt individ din anturajul familial.

În unitățile de psihiatrie, autopsia psihologică reprezintă totodată un instrument de învățămînt și un mijloc terapeutic. Într-un mediu unde moartea și suicidul sînt o preocupare omniprezentă, autopsia psihologică amelioreză eficacitatea clinică a echipei, „în materie de previziune și prevenție" (G. KISSIN). Un argument important pentru efectuarea autopsiei psihologice este de ordin metodologic : nimeni nu poate pretinde să stabilească pe o bază prospectivă, relații afective cu un eveniment pe care nu-l înțelege retrospectiv.

1312. **AUTOPSIHOTERAPIE** (cf. *auto-* ; gr. *psyche* „suflet" ; *therapeia* „grijă") ● Termen prin care A. BERGER (1974) desemnează beneficiul suplimentar pe care anumiți subiecți îl scot din satisfacția de a-și regla ei înșiși regimul de viață și de alimentație, ca o compensație a dependenței pe care o au față de ceilalți. Subiecții găsesc în asemenea proceduri o posibilitate de afirmare, de fapt, de a-și disimula lipsa acesteia. Autopsihoterapia ar veni să completeze psihoterapiile simptomatice, mai ales în cazurile în care nevoia de destăinuire a subiectului este mai importantă decît alegerea terapeutului. Este un fapt banal că fiecare individ încearcă să aplice, în propria existență, o serie de „organizări" (orar zilnic, metodă de lucru, alimentație, timp liber), pe care caută să le respecte cît mai riguros, substituindu-și autoritatea imaginară, autorității parentale. În acest fel, mecanismele obsesionale (instaurate „experimental") sînt folosite ca tratament al angoasei, de către fiecare subiect în parte.

1313. **AUTOPSIHOZĂ** (cf. *auto-* ; fr. *psychose* : v. gr. „suflet") ● Sub acest generic, WERNICKE a încercat să cuprindă totalitatea tulburărilor globale de conștiință a personalității proprii fiecărui individ. Termenul nu mai prezintă decît un interes istoric și încercările de revitalizare a lui, în scopul acreditării sale pentru ENDOGENII, nu au dus la rezultatele scontate.

1314. **AUTOPUNIȚIE** (cf. *auto-* ; fr. *punition* : cf. lat. *punitio* „pedeapsă") ● Comportament voluntar de sancționare/pedepsire a propriei persoane, prin diferite mijloace, pornind de la privarea de compensații, nesatisfacerea unor trebuințe (claustrare), pînă la flagelare, automutilare și, în ultimă instanță, suicid, ca urmare a unor greșeli reale sau imaginare. În varianta normofuncțională, un grad de necesitate de autopedepsire, pentru o greșeală reală sau o intenție neonorantă (inacceptabilă social), este o formă de disciplinare personală, dobîndită prin educație. În acest sens, încălcarea accidentală, dar mai ales intenționată a unei norme sociale sau atribuții pe linie de rol și statut (a calității de tată, soț sau de lider instrumental, de exemplu) atrage după sine, în cazul unor personalități cristalizate, mature, care au conștiința răspunderilor ce le revin, sentimente de culpabilitate și, corelativ, nevoia de

pedeapsă sau de îndreptare şi corecţie a conduitei vicioase. Uneori, autosancţiunea acţionează preventiv înainte de concretizarea intenţiei meschine, riscante sau păgubitoare pentru cei din jur sau pentru propria persoană. Mijloacele de autopuniţie la adult sînt practic nelimitate: reprimarea unei dorinţe arzătoare, care îndeplinită ar fi constituit o recompensă; exprimarea sinceră în public a regretelor privind conduita reprobabilă (gest sau vorbă necugetată, act imoral, orgolii lezate etc.); renunţarea la obţinerea unui bun material care i se cuvine sau la satisfacerea de moment a unui hobby etc.

În domeniul patologiei psihice, autopedepsirea izvorăşte din vinovăţii imaginare (autoacuzarea delirantă din melancolie sau din sindromul Cotard) sau din greşeli minore faţă de amploarea şi semnificaţia pe care subiectul le-o atribuie, conducînd la comportamente autoagresive, autodestructive (autoflagelare, automutilare, sinucidere violentă). Teoria psihanalitică admite şi noţiunea de nevoie de puniţie, ca o toleranţă crescută pe care o are subiectul la reproşuri, sentimente de vinovăţie şi care, ar atinge sfera patologicului, apărînd în nevroza obsesivă şi în depresia psihotică (melancolică). Caracterul speculativ al acestei abordări nu necesită comentarii suplimentare.

1315. **AUTOREGLAJ** (cf. fr. *autoréglage*) — sin. AUTOREGLARE ; REGLARE AUTOMATĂ • Posibilitatea unui sistem de a se echilibra în raport cu un program care poate fi stabil sau apt de reorganizări. M. GOLU defineşte prin autoreglaj un ansamblu de acţiuni exercitate de un subsistem, numit mecanism de reglare, asupra altui subsistem, numit „obiect al reglării" în cadrul aceluiaşi sistem. La baza autoreglajului stă mecanismul de conexiune inversă (feed-back pozitiv sau negativ) şi relaţia de complementaritate dintre funcţia de comandă şi control. În funcţie de mărimea de intrare şi de variaţiile acesteia, mărimea de ieşire este permanent corectată şi redirijată, datorită conexiunilor inverse. Organismele vii, ca orice sistem biologic, sînt sisteme cu autoreglaj. Aceasta condiţionează permanenta lor adaptabilitate.

În sistemul psihic uman, autoreglajul este prezent la toate nivelurile, întreaga activitate psihocomportamentală putînd fi interpretată ca un sistem autoreglabil.

1316. **AUTOREPREZENTĂRI APERCEPTIVE** (cf. *auto-* ; *représentation*) • Denumite astfel de PETIT, în 1911, au fost redefinite şi numite HALUCINAŢII PSIHICE de către BAILLARGER → PSEUDOHALUCINAŢII.

1317. **AUTORITARIST** (cf. fr. *autoritaire*) • Grup experimental, în psihologia socială, în care toate deciziile sînt luate de lider (K. LEWIN). Personalitatea autoritaristă caracterizează indivizi dependenţi psihologic de ierarhii puternic conturate ale autorităţii instituţionalizate.

1318. **AUTORITATE** (fr. *autorité* ; cf. lat. *autoritas*) • Impunere a unei influenţe de către un subiect sau instituţie asupra altora, cu scopul ca aceştia să i se conformeze fără a-şi exprima neapărat punctul de vedere. Autoritatea este necesară pentru funcţionarea unor grupuri sau organizaţii. Puterea se poate exercita prin constringere, dar fără autoritate, aceasta din urmă reprezentind, în general, un consens între cel care o exercită şi cel care o acceptă. Autoritatea este tot atit de importantă în dezvoltarea copilului, ca şi afecţiunea. Lipsa autorităţii parentale generează nelinişte şi insecuritate, aceasta avînd nu numai semnificaţie punitivă, ci în primul rînd — protectivă. Autoritatea educativă este calitatea unei persoane sau instituţii de a avea ascendent de credibilitate şi încredere faţă de copii sau tineri, de a-i domina astfel, de a se impune şi obţine din partea acestora recunoaşterea rolului lor educativ. Rezultă din exemplul personal pozitiv, comportare adecvată, competenţă profesională şi pedagogică, exigenţă şi spirit de răspundere, dragoste şi grijă faţă de cei educaţi, dăruire de sine (P. POPESCU-NEVEANU).

În sociologie, autoritatea, ca raport psihosocial, poate îmbrăca aspectul formal-legal (legitimitatea, poziţia şi capacitatea de a sancţiona) şi funcţional (competenţă profesională, inteligenţă şi contacte sociale, experienţă de conducere), cele două forme putind să coexiste (cînd ultima o susţine pe prima) sau să se excludă (cînd ultima este în competiţie cu prima — A. TUCICOV-BOGDAN). După unii autori ar exista autoritate de poziţie (puterea de control conţinută în poziţia socială respectivă şi nu deţinută de persoana care are rolul respectiv), a cărei esenţă este birocratică, bazată pe sancţiuni şi are viabilitate limitată (PEABODY), şi autoritate de competenţă (poziţia de conducere este acoperită prin competenţă şi tehnicitate, fiind acceptată formal de subalterni). Ar mai fi o autoritate bazată pe calităţi personale, ce caracterizează liderul real. Cînd prima este susţinută de ultimele două, ea devine extrem de puternică şi eficientă solcial, generînd (A. TUCICOV-BOGDAN) şi o bună percepere socială a ei de către subalterni.

1319. **AUTORITATE** — *complex* ● Complex cu originea într-un grup de emoţii legate de anumite experienţe dureroase petrecute timpuriu, în perioada copilăriei, în relaţia cu autoritatea. Aceste experienţe neplăcute, precum şi afectele care le-au însoţit au fost reprimate sau refulate, iar materialul refulat a dat naştere la ceea ce psihanaliştii au numit complex de autoritate. Persoana avînd acest complex se poartă cu autoritatea aşa cum s-a purtat în perioada acelor prime experienţe, fără ca persoana să fie conştientă de semnificaţia conduitei sale. Complexul de autoritate apare în special la pacienţii nevrotici şi se manifestă fie în atitudini rebele împotriva autorităţii, fie în atitudini exagerat submisive.

1320. **AUTOSADISM** (cf. gr. *auto-* ; *sade* „nume propriu, scriitor francez") ● Perversiune constînd (după PREDESCU) în obţinerea satisfacţiei sexuale prin autotorturare ; este o formă de perversiune extrem de rar întîlnită.

1321. **AUTOSCOPIE** (cf. *auto-* ; gr. *skopein* „a privi") ● Perceperea de către subiect, ca într-o oglindă, a imaginii propriului său corp, proiectată, în afara lui, în spaţiul perceptual ; poate fi considerată drept o halucinaţie de tip vizual. Caracteristica ei este nu numai convingerea subiectului în perceperea imaginii corporale, veritabilă halucinaţie vizuală, ci, după cum insistă şi LHÉRMITTE, şi sentimentul de apartenenţă a acesteia la Eul „fizic şi moral".

După SOLLIER, se pot distinge două forme de autoscopie :

● Autoscopie externă — sin. HEAUTOSCOPIE ; DEUTEROSCOPIE ; HALUCINAŢIE AUTOSCOPICĂ —, în care subiectul are percepţia vizuală a propriului corp, parţial sau în totalitate — o adevărată senzaţie a dublei sale imagini, pe care o trăieşte cu anxietate — aşa-numita „imagine dedublată". Se consideră că poate avea origini îndepărtate în „inconştientul colectiv" şi apariţia ei implică un acompaniament afectiv (groază sau surpriză) sau poate fi „trăită" cu detaşare, cu critică şi cu o conştiinţă particulară, care-i conferă caracterul de halucinoză. Autoscopia externă apare în isterie, intoxicaţii cu substanţe halucinogene, stări confuzionale, stări de vis, fiind determinată de o tulburare de sinteză psihică, generînd o dedublare a personalităţii şi un sentiment de straniu, ce-şi găsesc reprezentarea vizuală în fenomenul autoscopiei externe.

● Autoscopie internă — sin. HALUCINAŢIE ENDOSCOPICĂ —, în care subiectul relatează percepţia vizuală a unuia sau mai multor organe ale corpului. Autoscopia internă se întîlneşte în stările hipocondriace ; avînd drept cauză tot tulburări de sinteză psihică, dar se aseamănă adesea cu tulburările de schemă corporală, sechelare accidentelor vasculare neurologice.

În general, apariţia autoscopiei presupune existenţa unor circumstanţe, cum ar fi : modificarea clarităţii cîmpului de conştiinţă, stări de surmenaj, cînd are caracter de halucinaţie hipnagogică, în halucinoza pedunculară, în sechele de encefalită epidemică parieto-occipitală, în psihastenie, epilepsie temporală, schizofrenie, intoxicaţii cu substanţe halucinogene, în stări hipocondriace ; uneori, pare să se înrudească cu tulburările de schemă corporală apărute după accidente neurologice. Cînd fenomenul se repetă, poate atrage după sine, prin interpretare secundară, constituirea unui delir de influenţă sau de posesiune.

1322. **AUTOSEXUALISM** (cf. *auto-* ; lat. *sexualis*) — sin. AUTOERASTIE ; AUTOFILIE sin.
→ NARCISISM.

1323. **AUTOSOMATOAGNOZIE** (cf. *auto-* ; gr. *soma* „corp" ; *a-* ; *gnosis* „cunoaştere") sin.
→ ASOMATOGNOZIE.

1324. **AUTOSUGESTIE** (fr. *autosuggestion* ; v. lat. *suggestio*) ● Formă particulară de sugestie şi proprietate general-umană, constînd în autoinfluenţarea propriului psihism şi/sau a stării fiziologice, pe baza unei idei sau imagini mintale şi a unor mecanisme inconştiente de „apărare" şi de „întărire" a Eului. Spre deosebire de autosugestia spontană şi de cea provocată (prin persuasiune din afară, realizată de o persoană calificată, sau prin hipnotism), autosugestia conştientă este un proces de educaţie a imaginaţiei, realizat, în anumite condiţii, cu participare volitivă scăzută, fie în scopul îmbunătăţirii sau păstrării stării de sănătate ameninţate, fie în direcţia ameliorării sau abolirii unor stări de disconfort psihofiziologic. După I. P. PAVLOV, explicaţia fenomenului constă în forţa specifică de inducţie-reglaj şi control a „cuvîntului comandă" (reprezentare sau idee), care devine dominant (concentrarea excitaţiei într-un anumit punct al emisferelor cerebrale), inhibînd zonele adiacente şi, în aceeaşi măsură, putînd provoca orice fel de reacţie, izolat de celelalte influenţe. Deşi pune în joc aceleaşi mecanisme subconştiente ca şi sugestia, lipsesc o serie de factori adjuvanţi, ca încărcătura emoţională şi convingerea suscitate de o autoritate exterioară subiectului (specialistul). Aceste carenţe sînt compensate, în autosugestie, de posibilitatea exerciţiului independent, a antre-

namentului, prin care subiectul devine propriul său stăpîn şi terapeut. Aşadar, o altă accepţiune a autosugestiei este cea de metodă terapeutică. Avîndu-şi originea în practicile yoga, care au demonstrat performanţa autoreglajului mintal în sfera proceselor vitale, autosugestia, ca metodă de rezistenţă la stări morbide sau ca instrument curativ, a fost fundamentată şi aplicată terapeutic, independent de celealte metode psihoterapeutice, pentru prima dată de chimistul şi farmacistul francez Emile COUÉ (1851—1926). Pentru acesta şi pentru ceea ce, în psihologie, este cunoscut sub numele de „noua şcoală de la Nancy", autosugestia se produce prin jocul următoarelor legi :

- orice imagine (idee) tinde să se realizeze integral prin transformare, sublimare sau refulare ;
- se realizează imaginea care predomină ;
- convingerea determină sugestia, prin faptul că neutralizează sugestiile contrare ;
- cînd imaginaţia şi voinţa sînt în conflict, imaginaţia învinge întotdeauna, puterea ei fiind în proporţie directă cu pătratul voinţei, iar cînd sînt de acord, puterea lor se multiplică (legea rezultatului opus sforţării, după cum o numeşte Ch. BOUDOUIN de la Universitatea din Geneva, legea efortului convertit).

Principiul metodei lui E. COUÉ s-ar rezuma astfel : „cînd două idei domină spiritul, va fi învinsă aceea ale cărei mijloace inconştiente de realizare vor fi paralizate de mijloacele conştiente pe care voinţa le substuie celor inconştiente, iar cea care învinge devine adevăr pentru noi şi are tendinţa să se transforme în act". Aşadar, metoda de autosugestie conştientă constă în concentrarea neforţată asupra unei singure idei (imagini) şi repetarea ei. În acest sens, există formule generale şi, în funcţie de diversele suferinţe psihosomatice, autosugestii speciale. Metoda se învaţă şi apoi se practică independent. Metoda lui COUÉ a făcut vîlvă în lumea întreagă, în primele decenii ale secolului al XX-lea, fiind aplicată, datorită simplităţii ei, în multe clinici din Europa şi S.U.A. Ulterior, procedeele de autosugestionare s-au diversificat, constînd fie în fixarea unui punct luminos, fie în concentrarea asupra unui zgomot continuu sau asupra unei imagini mintale.

Indicaţiile terapiei prin autosugestie sînt multiple, cu predilecţie în stări reactive şi nevroze. Autosugestia este şi o proprietate a psihismului uman, care poate fi exploatată la maximum, în scopul echilibrării vieţii şi activităţii cotidiene şi a celei de performanţă.

1325. **AUTOTELIC** (cf. gr. *autoteles* „complet sau perfect în sine, suficient lui însuşi") ● Ceea ce îşi este sieşi scop, purtînd în sine propria finalitate imanentă. După BALDWIN, GROSS ş.a. jocul poate fi apreciat ca o activitate specifică copilului, care are un scop în sine, şi anume pregătirea pentru viaţă. Tot aşa, pentru esteticienii autonomişti, arta şi creaţia artistică sînt autotelice, în sensul autonomiei absolute a acestora faţă de realitatea obiectivă de, manifestări ale spiritului uman, cu o finalitate în sine ; în sens restrîns, defineşte o tendinţă sau un profil caracterial al cărui specific este dat de predominanţa, în ansamblul de scopuri personale, a mecanismelor de autoapărare, autoprotecţie şi autodezvoltare.

1326. **AUTOTOMIE** (cf. *auto-* ; gr. *tome* „tăiere, secţionare") ● Comportament aberant al subiectului, în cadrul întîrzierilor mintale grave, demenţelor, epilepsiei, schizofreniei, constînd în automutilarea prin secţionarea unui segment al corpului : deget, mînă, ureche, nas etc. Termenul, extrapolat în psihiatrie din zoologie, de către FERENCZI, nu mai prezintă astăzi decît interes istoric → AUTOMUTILARE.

1327. **AUTOTOPOAGNOZIE** (cf. *auto-* ; gr. *topos* „loc" ; *a-* ; *gnosis* „cunoaştere") ● Termen introdus de Friedl PICK, în anul 1896, pentru a delimita un defect de percepţie şi integrare ce face imposibilă localizarea unui segment al corpului. Este o agnozie de schemă corporală, ceea ce presupune respectarea elementelor definitorii ale agnoziei. Autotopoagnozia este adesea asociată cu hemianopsia (ROGER) şi cu pierderea orientării dreapta-stînga (sindrom Pick).

1328. **AUTOUMILIRE(D)** delir (cf. *auto-* ; a umili : v. lat. *humiliare*) ● Convingere puternică, impenetrabilă, la argumente logice sau la probe obiective din realitate, pe care o are subiectul, referitor la sine. Subiectul se consideră lipsit de orice valoare, în proprii săi ochi sau ai semenilor săi, inferior şi demn de dispreţ. Delirul modifică, pe lîngă imaginea despre sine, şi comportamentul subiectului, care refuză orice ajutor din partea celor apropiaţi, se înjoseşte, refuzînd mîncarea sau concediul medical pe durata spitalizării, umblînd în zdrenţe, pe motiv că nu merită nimic din toate acestea. Fondul afectiv este dominat de depresie intensă. Tabloul clinic descris poate fi comun atît schizofreniei, cît şi psihozei depresive.

1329. **AUTOVALORIZARE** (cf. *auto-*; fr. *valoriser* „a da valoare") → APRECIERE; AUTOAPRECIERE.

1330. **AUXILIAR EGO** (lat. *ego* „eu"; cf. lat. *auxiliarum* „de ajutor") ● Termenul a fost creat de J. L. MORENO în 1937, pentru a defini o persoană sau grup de persoane care, în psihodrama de tip morenian, reprezintă pe cineva sau ceva din experienţa subiectului. Ego auxiliar poate fi şi un actor profesionist, care să ajute în procesul de intercomunicare terapeutică din grupul psihodramatic. Considerăm util să-l cităm pe MORENO, în definirea sa originală: „un individ care se identifică pe sine însuşi, în mod conştient, cu tot ceea ce constituie expresiile şi scopurile celuilalt subiect, ameninţînd astfel Ego-ul subiectului". Ego-ul auxiliar, acţionînd în sprijinul subiectului, este o veritabilă prelungire sau extensie a Ego-ului subiectului. Un Ego auxiliar care acţionează la nivel instinctiv are funcţia numită „alter ego". Aceasta se poate exemplifica în relaţia mamă-copil, între prieteni, între îndrăgostiţi şi este o modalitate folosită de psihodramă, cu valoare psihoterapeutică. În acelaşi sens, psihiatrul care îngrijeşte un subiect aflat într-o situaţie conflictuală interpersonală joacă rolul de Ego auxiliar faţă de două sau mai multe persoane implicate conjunctural.

1331. **AUZ** (cf. lat. *audire* „a auzi") ● Funcţia perceperii stimulilor acustici prin intermediul urechii. Senzaţiile auditive sînt rezultatul modelării sunetelor (vibraţii mecanice care se propagă prin mediul gazos, solid sau lichid), care constituie, ca şi imaginile pentru văz, sursa de informaţii cea mai bogată şi complexă pentru om, respectiv modalitatea de prim ordin prin care oamenii pot comunica între ei. Urechea umană este sensibilă la proprietăţile vibratorii cu o frecvenţă cuprinsă între 16—20 000 Hz, numai aceste sunete producînd o perturbaţie locală la nivelul mecanoreceptorilor specializaţi, care se transmite, prin comprimări şi dilatări succesive ale particulelor mediului, ca undă elastică. Nici unul dintre teoriile asupra auzului, asupra modului în care se transmit, de fapt, potenţialele de acţiune, nu a fost încă fundamentată cu precizie, presupunerile vizînd: cilii celulelor Corti, acetilcolina, potenţialele membranelor cohleare, modificările de conductibilitate între rampele cohleare de potenţiale diferite etc. (teoria localizării cohleare, teoria rezonanţei, telefonică, teorii mixte, teoria voleelor de influx). În ceea ce priveşte tulburările auzului, trebuie amintite: presbiacuzia (senescenţa auditivă, care semnifică reducerea funcţiei auditive, începînd uneori chiar de la vîrsta de 20 de ani), hipoacuzia şi surditatea, hiperacuzia.

În psihiatrie, auzul este frecvent implicat în patologia nevrotică sau psihotică sub forma:

- iluziilor auditive (în condiţii de surmenaj, stimulare monotonă, deprivare senzorială);
- halucinaţiilor auditive (în psihozele schizofrenice, sindroame paranoide, depresive, parafrenii, psihoze alcoolice acute şi cronice, dezvoltările prevalente prin izolare socială, delirul de persecuţie al surzilor şi hipoacuzicilor);
- surdităţii isterice (reacţie, nevroză, psihopatie isterică).

1332. **AUZOUY** *Téhodore-Eugène-Henry-Guillaume* (1819—1879) ● Poate fi considerat primul psihiatru care a efectuat şi publicat studii epidemiologice — în sensul actual al noţiunii — privind cretinismul. Studiile sînt rezultatul celor 18 ani de activitate (1860—1878) ca director al Azilului Pau.

1333. **AVALANŞĂ** — *efect* (fr. *avalanche*) ● Model atribuit de CAJAL legii prin care este distribuită energia în sistemul nervos. Calea pe care o parcurg, de la periferie, stimulii senzoriali, pentru a ajunge să constituie un stimul nervos, se continuă, la acest nivel, cu alte căi, care facilitează descărcarea energiei nervoase, respectiv actul reflex. Savantul spaniol presupune că atunci cînd aceste căi de eliberare a energiei nervoase sînt, dintr-un motiv sau altul, închise, energia este nevoită, implicit, să „se reverse", ca o masă mare de zăpadă care se rostogoleşte către vale. Acesta ar putea fi şi mecanismul de descărcare neuronală din epilepsie (forma genuină, cu leziuni ale cornului Amon şi cea asociată cu idioţie). Mecanismul ar implica o acumulare de energie nervoasă, ducînd la izbucnirea unei descărcări explozive de mare amploare a acestei energii.

În psihologie, acumularea de afecte presupune (SZONDI) tot un astfel de mecanism.

1334. **AVANTYL**[31] Mexic — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10-11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.

1335. **AVARIŢIE** (cf. lat. *avaritia* „lăcomie") ● Semnifică o exagerare a instinctului de conservare (în concepţia lui DIDE şi GUIRAUD); după DUPRÉ, avariţia este o pervertire a

instinctului de proprietate. Reprezintă una dintre trăsăturile esențiale ale caracterului obsesiv, psihastenicii fiind indivizi la care atașamentul pentru obiecte conferă banului o valoare simbolică. Banul permite acumularea,

Gobseck

siguranța, autoritatea. Foarte frecvent, avariția se combină cu colecționarismul. Astfel, toate veniturile pot fi orientate în sensul unei singure preocupări, legate de colecționare, pentru tot ce este în afara ei adoptîndu-se o atitudine de avariție extremă. Un subiect care, pe de o parte, măsoară strict, în gospodărie, banul soției sale, pe de altă parte, se poate ruina pentru a-și satisface pasiunea de colecționare. Punctul de vedere psihanalitic situează avariția alături de colecționarism, printre regresiile la stadiul anal, în cadrul caracterului sadico-anal al personalității obsesivului. Tendința avarului de a impune și anturajului anumite restricții a fost interpretată ca o formă de agresivitate. Uneori, aparent paradoxal, poate apărea, reactiv, tendința spre cheltuieli și acte de filantropie nejustificate. Avariția este foarte frecventă în cursul demențelor senile — în care, combinată cu pierderea capacității de judecată, poate duce la tulburări de comportament social ce ridică probleme medico-legale. Poate fi mai rar întîlnită în anumite forme de melancolie, ca un derivat al ideilor de ruină. În anumite cazuri de paranoia, avariția este consecința convingerilor delirante. Unii autori (DELPIERRE) o descriu în anumite forme de schizofrenie, în cadrul autismului sărac — variantă în care individul, retras din ambianță și repliat asupra sa, se simte bine într-o atmosferă de rigiditate și automatism, impusă de restricția asupra banului.

1336. **AVAZEN**(M) Ecuador — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1337. **AVENARIUS Richard** (1843—1896) ● Filozof idealist subiectiv elvețian ; principala sa lucrare, „Critica experienței pure" (1888—1890), susține că toate obiectele și fenomenele lumii exterioare sînt senzații simple și complexe, și că materia nu ar exista fără gîndire, teză îndelung combătută de LENIN în „Materialism și empiriocriticism".

1338. **AVENTYL**(M) Anglia, Canada, S.U.A. ● Timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic sin. → NORTRIPTILINA(M).

1339. **AVERSAN**(M) R.F.G. — DCI *Disulfiram* sin. → ANTALCOL(M) România.

1340. **AVERSIUNE** (fr. *aversion* : v. lat. *aversio*) ● Repulsia, dezgustul, resimțite față de cineva sau ceva. Subiectul poate trăi psihic aversiunea față de obiectul care i-o provoacă și se poate manifesta prin conduite de evitare sau anihilare a acestuia. Aversiunea condiționată, ca parte componentă a terapiilor comportamentale (încadrate în psihoterapiile individuale), este utilizată atunci cînd un stimul aversiv este prezentat drept consecință a unui comportament și face să descrească în frecvență și intensitate acest comportament. Răspunsul nedorit dat la un stimul este inhibat prin prezentarea simultană a unui alt stimul, care provoacă un răspuns puternic de evitare. Reacția care se condiționează astfel constituie un răspuns punitiv. Aversiunea condiționată are la bază principiul condiționării pavloviene. Metoda este indicată în toxicomanii, fobii, nevroze motorii, deviații sexuale. Tehnicile prezintă o mare varietate, dar în mod curent se utilizează mijloace chimice (de exemplu, probele de aversiune din cursul dezintoxicării etilice folosesc apomorfina, disulfiramul, metronidazolul) și fizice (de exemplu, soneria din decondiționarea enurezisului, curenții faradici etc.).

Scanned with OKEN Scanner

1341. AVERSIUNE CONDIȚIONATĂ sin. → DEZGUST — cura.

1342. AVEX(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

1343. AVIAȚIE (fr. *aviation* ; v. lat. *avis* „pasăre") ● Dezvoltarea fără precedent a mijloacelor de transport aeriene, cu toate avantajele pe care acestea le prezintă, ca și folosirea aparatelor de zbor ca mijloace de luptă dintre cele mai perfecționate, a ridicat nu numai probleme tehnice, ci și umane, iar dintre acestea, cele legate de adaptare și de consecințele psihice ale zborului sînt de prim ordin. Tulburările psihice ale aviatorilor sînt legate, pe de o parte, de hipoxia cerebrală, pe de altă parte, de modificările induse de accelerația rapidă (modificarea indicelui gravitațional G), mai ales în aviația militară. O altă serie de tulburări, de data aceasta mai reduse, apar în legătură cu suprastimularea senzorială, prin efectele propriu-zise ale zborului. Hipoxia cerebrală apare la zborul la înălțimi mari și se poate manifesta prin greață, cefalee, tahicardie, ca fenomene curente, la care se pot adăuga : incoordonare, lentoare, bradipsihie, instabilitate emoțională și impulsivitate. Se pot înregistra și episoade confuzionale. Desfășurarea unei activități îndelungate în condiții de mare altitudine poate fi urmată de instalarea unei stări depresive și de tulburări hipnice grave. Particularitățile deplasării în spațiul tridimensional imprimă aspecte specifice în ceea ce privește senzorialitatea, legate de poziția reală în spațiu. Falsele percepții de poziție sînt legate de imposibilitatea integrării percepțiilor somestezice și labirintice în lipsa informațiilor vizuale (adevărata „cîrjă luminoasă"), aceasta mai ales în cadrul zborului pe supersonice, în condiții grele. Altă serie de tulburări este legată de deplasările lungi transmeridiane, care desincronizează ceasurile „exogen" și „endogen", prin modificarea fuselor orare. Aceasta se manifestă prin fenomene de oboseală accentuată, tulburări hipnice, scăderea performanțelor (mai accentuată în zborul spre vest decît în cel spre est — ULLNER, KUGLER, TORRES), iritabilitate, scăderea capacității de autocontrol. Tulburările psihice pot apărea nu numai la piloți, ci și la restul personalului de bord și chiar la personalul de comandă și control de la sol, manifestîndu-se prin stări de anxietate, iritabilitate, scăderea atenției.

1344. AVICENA (ABU ALI al HUSSEIN IBN SINA) (980—1037) ● Figură excepțională de medic și filozof, „floarea culturii arabe" ; de origine persană (tadjik), începe de la 16 ani studiul medicinii, repurtînd remarcabile succese. Își desăvîrșește pregătirea științifică în marile biblioteci ale timpului, căpătînd o puternică orientare hipocratico-galenică. Va lăsa 300 de lucrări, dintre care de o deosebită

Avicena

valoare este „Canonul științei medicale" („cea mai frumoasă din operele medicale alcătuite vreodată" — OSLER). Această carte fundamentală a medicinii evului mediu se va publica în zeci de ediții în latină și ebraică și va fi folosită ca manual în universitățile europene pînă în secolul al XVIII-lea. În capitolul al treilea al acestei lucrări, autorul clasează cauzele bolilor psihice astfel :

- apostemele unei părți ale creierului (frenezia, letargia) ;
- afecțiuni antrenînd o perturbare a gîndirii : alienația spiritului, confuzia rațiunii, stupiditatea, tulburările de imaginație sau memorie, mania, melancolia (licantropia și dragostea) ;
- afecțiuni antrenînd tulburări ale mișcărilor.

AVICENA va avea, de asemenea, o importantă contribuție la dezvoltarea concepțiilor psihiatrice prin lucrarea „De anima". „Prințul medicinii", cum îl numeau contemporanii, rămîne un precursor de valoare și în ceea ce privește terapia, în care a încercat cu succes introducerea psihoterapiei de susținere.

1345. **AVICOL**[M] R.F.G., **AVIPRON**[M] Polonia — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip p-clor-α,α-dimetilfenetilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

1346. **AVITAMINOZE** (fr. *avitaminose*: v. *a*- ; lat. *vita* „viață" ; fr. *amine* „amină") ● Afecțiuni generate de insuficiența sau lipsa din organism a uneia sau mai multor vitamine. Sînt cunoscute încă din antichitate, cînd călătoriile îndelungate pe mare au făcut ca ele să se manifeste, inițial, sub forma unor monoavitaminoze, apoi, cu timpul, sub forma unor sindroame pluricarențiale, apărute în condițiile de deprivare nutrițională create de război sau lagăre de exterminare. În ultimii ani, clinica le întîlnește ca urmarea autosupunerii la diferite cure de slăbire aberante, administrării incorecte și îndelungate a izoniazidei, în diverse boli, ca urmare a autoîngrijirii deficitare a bătrînilor, a bolnavilor psihici gravi, la alcolicii care nu-și mai refac rezervele vitaminice printr-un aport adecvat (categorie cu care psihiatrii intră cel mai frecvent în contact), la bolnavii cu afecțiuni gastrointestinale cronice și de malabsorbție (orice boală organică este devitaminizantă) și postoperator, în cazul unei alimentări parenterale de lungă durată.

Tabloul psihopatologic comun situațiilor de malnutriție cronică include: apatie, instabilitate emoțională, lentoare psihomotorie, scăderea memoriei și chiar manifestări de tip acut, acestea solicitînd psihiatrului efectuarea unui examen clinic minuțios, care să descopere și alte elemente ce vor întregi diagnosticul. Dintre toate vitaminele, deficiențele privind vitamina PP și complexul vitaminic B reprezintă cauza patogenă cea mai frecventă în bolile neuropsihice. Principalele tipuri de avitaminoze sînt:

● *Deficitul de tiamină* (vitamina B_1) realizează tabloul bolii beri-beri, care cuprinde tulburări neurologice, cardiovasculare și psihice ; iritabilitate, labilitate emoțională, hipoprosexie, anorexie (în deficite cronice sau severe) ; polinevritele cu potențial paralitic din beri-beri, alcoolismul cronic și alte intoxicații sînt produse tot prin scăderea în organism a vitaminei B_1, fenomenele psihice fiind aici pe planul doi. Dacă lipsa acestei vitamine se înregistrează brusc, se instalează tabloul encefalopatiei Gayet-Wernicke. Delirium tremens și sindromul Korsakov al alcoolicilor recunosc același mecanism de deficit polivitaminic, în special de tiamină și niacină. Encefalopatia Gayet-Wernicke se exteriorizează prin oftalmoplegie, scăderea memoriei, confabulații, apatie, demențiere progresivă, ataxie, îngustarea cîmpului conștiinței pînă la comă. Deși atribuită de obicei alcoolismului, această afecțiune neuropsihică acută poate surveni însă și în condițiile anemiei pernicioase, a unui carcinom gastric, a unei sarcini toxice sau a denutriției severe. Anatomo-clinic, leziunile de poliencefalită hemoragică sînt situate la nivelul corpilor mamilari, în jurul ventriculului III și în nucleul dorso-medial al talamusului. Investigațiile paraclinice: EEG fără modificări, lichidul cefalorahidian modificat, cu creșterea proteinelor, creșterea concentrației acidului piruvic în sînge.

● *Deficitul de riboflavină* (vitamina B_2) realizează tulburări hemoragice la nivelul mucoaselor, cărora li se adaugă o simptomatologie asemănătoare cu a pelagrei. Se însoțește de astenie fizică și psihică, posibil episoade delirante.

● *Deficitul de piridoxină* (vitamina B_6) realizează o neuropatie periferică, observată la bolnavii de TBC tratați cu izoniazidă și la alcoolicii cronici, ca și la copiii cu crize epileptice cu răspuns favorabil la administrarea vitaminei B_6 (HUNT, 1954) ; tabloul psihic, slab conturat în ansamblu, este dominat la copii de prezența unor convulsii neremisibile prin tratament anticonvulsivant, dar care cedează spectaculos la administrarea vitaminei B_6. Administrarea de lungă durată a piridoxinei nu mai permite apariția convulsiilor, iar întreruperea ei duce la reapariția lor.

● *Deficitul de ciancobalamină* (vitamina B_{12}) duce la instalarea unor tablouri clinice de intensitate psihotică, denumite de SMITH (1960) „nebunia megaloblastică", ce pot îmbrăca forma clinică a depresiei, a sindromului paranoid sau a sindromului confuzional. Descrisă inițial de ADDISON (1849), care o consideră „rătăcire a minții, anemia pernicioasă rezultă din imposibilitatea celulelor gastrice mucoase de a secreta factorul intrinsec necesar unei absorbții intestinale normale a vitaminei B_{12} și se exteriorizează prin tulburări neurologice (80% din tabloul clinic) și anemie megalo-

blastică. Se apreciază că simptomatologia psihică poate preceda cu opt ani tabloul clinic. Azi se întîlnește mai frecvent o simptomatologie de tip nevrotic: anxietate, depresie, iritabilitate, scăderea atenției. În studiile sale, HUNTER aprecia că 20% dintre subiecții care solicitaseră o consultație psihiatrică pe o perioadă de opt ani, avuseseră o gastrectomie și prezentau anemie Biermer, fapt remarcat și de noi (anual existînd un număr ridicat de astfel de internări în secția de psihosomatică); vegetarienii, bolnavii psihici cronici, bătrînii au deseori niveluri scăzute ale vitaminei B_{12} în sînge. Sindromul neurologic poate fi de tip pseudotabetic și piramidal. Examenul sîngelui, puncția medulară, dozarea vitaminei în sînge și pozitivarea testului Schilling precizează diagnosticul.

● *Deficitul de acid folic*. Studii comunicate de CARNEY (1967) și REYNOLDS (1970) au indicat scăderea folaților în sîngele depresivilor (la care se presupune că alimentația este deficitară), dar administrarea folaților nu a dus la dispariția depresiei. Anemia pe care o realizează este asemănătoare cu cea parabiermeriană, descrisă de BIERMER.

● *Deficitul de acid nicotinic* (vitamina PP) a fost descris, pentru prima dată, de medicul spaniol Gasper CASAIDO ca „mal de la rosa"; deabia în 1915 i se recunoaște originea exclusiv alimentară. Descoperirea niacinei (a acidului nicotinic), în 1937, și a precursorului său aminoacidic, triptofanul, va oferi ulterior și posibilitatea de profilaxie a pelagrei. Dacă deficitul vitaminei este sever, manifestările psihice sînt explozive, sub forma unui sindrom psihoorganic acut sau a encefalopatiei acute, a cărei patologie cerebrală este insuficient cunoscută (SYDEN-STRICKER, 1943, o aseamănă cu cea a lui WERNICKE). Formele grave, plurisimptomatice sînt, în zilele noastre, mult mai rare, în schimb formele zise „disociative" sînt frecvente: cefalee, insomnii, apatie, stări confuzionale sau delirante, însoțite sau nu de ataxie cerebeloasă, neuropatie periferică (toate reversibile, sub tratament cu acid nicotinic, în 24 ore). Se cunoaște și o boală familială (HARTNUP), cu episoade de ataxie cerebeloasă, dermatite și tulburări psihice (prin deficit de absorbție și transport celular de triptofan). Din triada clinică clasică a pelagrei — diaree, dermatită, demență —, ultimul element este astăzi înlocuit cu tulburări nevrotice, psihotice sau comportamentale. LEICH descoperă, în 1952, că deficiențele nutriționale în vitamina PP duc la leziunile celulelor Betz (cromatoliză) din cortexul motor. Circumstanțele de apariție a pelagrei sînt: nutriția deficitară în ouă, lapte, carne, cereale; alcoolismul, leziunile de la nivelul intestinului și bolile psihice cronice.

● *Deficitul de acid ascorbic* (vitamina C) este semnificativ prin implicarea sa în transformările pe care le suferă în organism diverse substanțe, ca aminoacizi, steroizi, acid folic. Carența determină afecțiunea denumită scorbut, tulburările psihice fiind mai ales consecutive anemiei care se întîlnește în această afecțiune.

● *Deficitul de calciferol* (vitamina D) generează o serie de tulburări psihice de tipul hipocalcemiei și tetaniei, prin perturbarea metabolismului calciului și fosforului.

● *Deficitul de tocoferol* (vitamina E) produce, pe lîngă manifestările de la nivelul gonadelor, perturbări în metabolismul muscular și nervos, citîndu-se atrofia musculară progresivă, scleroza laterală amiotrofică, pseudotabes.

sin.

1347. **AVITAMINOZĂ AFECTIVĂ** → CARENȚĂ AFECTIVĂ.

1348. **AVLOCARDYL**[M], **AVLOCARDYL RETARD**[M] Franța — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență; nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL[M].

1349. **AVOCALIE** (cf. *a-*; lat. *vocalis* „care scoate sunete") ● Apraxie slectivă, constînd în incapacitatea de a cînta, de a fluiera sau de a fredona spontan sau imitînd note izolate sau melodii. Unii autori preferă termenul de AMUZIE MOTORIE.

1350. **AVOMINE**[M] Anglia, Austria — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN[M].

1351. **AVORT** — *terapeutic* (cf. lat. *aboriri* „a pieri, a avorta") ● Întreruperea cursului sarcinii, din considerente medicale și conform legislației în vigoare. Pornind de la jurămîntul hipocratic: „nu voi da nici unei femei o prescripție abortivă" și pînă la problemele complexe socio-demografice ale realității zilelor noastre, medicina a luat în considerare și situația în care sarcina poate pune în pericol viața sau sănătatea mamei. Legislația țării noastre a inclus în prevederile sale și indicațiile psihiatrice de întrerupere a cursului sarcinii, care se referă atît la situații psihosociale (cînd

Scanned with OKEN Scanner

sarcina este urmare a unui viol sau incest), cît și la situații privind transmiterea ereditară a unei boli grave sau care determină malformații congenitale grave. Astfel, afecțiunile psihice care beneficiază de avort terapeutic sînt următoarele:

- psihozele periodice procesuale sau cronice (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, delirurile cronice — parafrenice și paranoice);
- episoade psihotice acute (confuzive, schizoforme, paranoide, depresive, maniacale), care apar în timpul sarcinii sau cînd sarcina survine în primii trei ani de la remiterea unui proces psihotic diagnosticat și tratat într-o secție de specialitate;
- psihoze organice cronice (toxice, infecțioase, traumatice);
- demențe de orice etiologie;
- oligofreniile (idioția, imbecilitatea, debilitatea mintală accentuată);
- psihopatiile și stările psihopatoide (instalate în urma unor procese lezionale), cu comportament grav alterat și cu decompensări ce au necesitat cel puțin două internări anterioare într-o secție de psihiatrie.

Legislația altor țări a conceput în diverse modalități atitudinea față de avortul terapeutic, existînd, în acest sens, atitudini diferite. Astfel, în S.U.A., practic nu există argumentări legale ale avortului pe considerente ereditare, iar în statul New York doar pericolul suicidului constituie o indicație psihiatrică a întreruperii sarcinii. Nu rareori, sentimentul de vinovăție al femeii care a avortat ajunge să atingă un nivel psihotraumatizant mai intens decît sarcina și nașterea în sine, astfel că se tinde, în general, la o restringere a recomandărilor psihiatrilor pentru întreruperea graviditații; se pare că repetarea episodului psihotic, apărut în timpul sau după o sarcină, cu ocazia altei sarcini, nu reprezintă o condiție obligatorie. În Anglia, avortul terapeutic a fost legalizat în 1967, luîndu-se în considerare riscul afectării fizice sau psihice a femeii gravide, riscul familial, riscul copilului ce s-ar naște handicapat. În majoritatea țărilor, există reglementări în acest sens: Suedia (elemente legislative, 1938 și 1946) permite avortul în cazul indicațiilor psihiatrice și psihosociale; în mod asemănător este reglementată situația și în Danemarca și Norvegia. Unele țări (Elveția) au o legislație mai îngăduitoare iar altele nu au reglementări (U.R.S.S., Japonia). O situație mai deosebită o are problema întreruperii de sarcină în Franța. Încă din 1939, se consideră că acordarea avizului pentru întreruperea terapeutică a sarcinii nu este justificată decît în cazul amenințării vitale pentru mamă. În ceea ce privește raportul sarcină/boală psihică, psihiatrii francezi sînt foarte reticenți, considerînd că, în general, nici o boală psihică (deși există cîteva excepții) și nici o terapie psihiatrică nu reprezintă contraindicații pentru menținerea sarcinii, nici chiar riscul suicidar nefiind suficient de convingător pentru legiuitori.

1352. **AVOSYL**(M) S.U.A. — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

1353. **AXINTO**(MC) R.F.G. ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din:

- NOXIPTILINE(M) — antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- BUTAPERAZINE(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic. Are acțiune antidepresiv-sedativă.

1354. **AXIOLOGIE** (cf. gr. *axios* „care are valoare, demn"; *logos* „vorbire, cuvînt") ● Teoria valorilor; disciplină filozofică ce studiază statutul ontic, geneza, structura și ierarhia valorilor, precum și ansamblul relațiilor (cognitive, emoționale, praxiologice etc.) dintre subiectivitate și universul valoric. Reflecții cu caracter particular și nesistematic asupra unor specii de valori (etice, estetice, religioase, utilitare, vitale) sau privind criteriile ierarhizării lor într-un sistem, se pot întîlni încă în operele marilor gînditori ai antichității (PLATON, ARISTOTEL, SENECA). Necesitatea constituirii axiologiei ca discurs teoretic relativ autonom s-a ivit însă abia în secolul trecut, odată cu accentuarea tendinței specifice culturii moderne, de diferențiere și delimitare a speciilor creației valorice, reflectată în dezvoltarea eticii, esteticii, epistemologiei, filozofiei religiei și a altor discipline filozofice axate pe studiul amănunțit, expus într-un limbaj categorial specific, al cîte unui domeniu distinct de instituiri valorice. Axiologia se ivește ca teorie sintetică ce vizează elucidarea conceptului de valoare generică/matrice structurantă, care se diversifică și se ordonează ierarhic într-un sistem de valori particulare. Fundamentele axiologiei au fost elaborate, în secolul trecut, de către H. LOTZE, F. NIETZSCHE, A. von MEINONG, C. EHRENFELS, E. von. HARTMANN ș.a. Contribuții esențiale în acest domeniu aparțin, în secolul nostru, școlii neokantiene de la

Baden (H. RICKERT, W. WINDELBAND), fenomenologului Max SCHELER, lui N. HARTMANN. Problema centrală și cea mai controversată a axiologiei privește raportul dintre valoare și valorizare, respectiv corelația asimetrică dintre instituirea valorică obiectivă și recunoașterea, prețuirea ei de către subiect. În funcție de soluționarea acestei probleme, teoriile axiologice se polarizează în două mari orientări :

● Concepțiile obiectiviste acordă prioritate corelatului supraindividual al aprecierilor valorizante, explicînd valorizarea ca act de conștientizare și recunoaștere de către subiect a ceva independent și preexistent, act analog procesului de cunoaștere, încărcînd de sens și gravitate problema adevărului și falsității judecăților de valoare. Privind valorile ca arhetipuri ideale, similare ideilor platoniciene (N. HARTMANN), ca entități atemporale și supraindividuale (neokantienii de la Baden) sau ca pe niște corelate invariante, vizate de actele emoționale a priori (SCHELER), teoriile obiectiviste încearcă să edifice argumentativ un sistem absolut al valorilor, împărtășind iluzia posibilității unei ierarhizări definitive și anistorice a sferelor de creație valorică.

● Concepțiile subiectiviste apreciză, dimpotrivă, că valorile se instituie prin actul subiectiv de evaluare, ghidat de criteriile „hic et nunc" ale individualității ce nu se supune decît propriului dinamism sufletesc. Instaurînd în mod suveran valorile prin preferințele sale, subiectul manifestă o spontaneitate neîngrădită, astfel încît valorizarea nu este de natură cognitivă, ci normativă, ceea ce golește de sens problema adevărului/falsității judecăților de valoare. Neopozitivismul (R. CARNAP, L. WITTGENSTEIN, A. J. AYER) și reprezentanții filozofiei analitice (B. RUSSELL, E. G. MOORE, C. L. STEVENSON, S. TOULMIN) tratează valorizările drept simple proiecții asupra lumii obiectelor, situațiilor și evenimentelor exterioare, ale dorințelor, emoțiilor și voinței subiectului, ghidat de criteriul plăcerii și satisfacției individuale, astfel încît se exclude de plano posibilitatea oricărei tentative raționale de instituire a unui sistem ierarhic absolut de valori.

Ignorînd multă vreme axiologia, calificată drept o diversiune ideologică burgheză, lipsită de obiect autentic, gîndirea marxistă contemporană a realizat progrese notabile în recuperarea acestui cîmp problematic, descoperind în lucrările lui MARX premisele fertile ale unei teorii a valorilor. Ocolind falsa dilemă obiectivism-subiectivism, axiologia marxistă raportează geneza, structura, funcționalitatea și ierarhia valorilor la categoria fundamentală de praxis social-istoric, în și prin care omul modifică realitatea pe măsura nevoilor sale, lucrînd totodată asupra propriei subiectivități, care se îmbogățește necontenit cu noi trebuințe, aspirații și idealuri. Luînd munca drept paradigmă a „instituirii teleologice" prin care se nasc valorile, G. LUKACS definește valorile drept proiecții în structuri materializate, ce dobîndesc permanență și subzistență independentă față de creatorii lor, a disponibilităților de creație pe care le-a cucerit umanitatea pe o anumită treaptă de evoluție. Ierarhia speciilor de valori nu poate fi absolută, deoarece istoria modifică rangul diferitelor forme de activitate și de creație, dar nu este nici arbitrară, căci fiecare context social își definește cu necesitate un orizont axiologic specific, în care se exprimă cu autoritate supraindividuală ordinea dată a diferitelor sfere de activitate socială și modelele de acțiune prin care clasele și grupurile sociale înțeleg să își promoveze interesele și concepția despre lume.

Psihiatria își află un bogat cîmp de interferență cu cel al axiologiei, unul din principalele aspecte fiind faptul că orice afecțiune psihiatrică modifică scala de valori a individului. După o serie de autori, una din trăsăturile fundamentale ale bolii psihice ar fi potențialul său antiaxiologic. Bolnavul se dezinseră din sistemul general al valorilor pentru a se retrage într-unul deformat sau răsturnat, strict individual.

Nevroticul își pierde „adecvarea plastică și eficientă a insului la modelele fundamentale caracteristice societății în care trăiește" (PAMFIL, OGODESCU, 1976), evitînd să se mai angajeze axiologic. Psihoticul este, de asemenea, aderentul unui model axiologic aberant, în care scala valorilor se află sub semnul aleatorului, într-o ordine nu numai absurdă, dar adesea indescifrabilă. Schizofrenul reifică lumea și se reifică pe sine însuși, retrăgîndu-se în izolarea și pustiul autismului ; depresivul refuză să mai ia cunoștință de o posibilă organizare valorică a lumii care, privită prin perspectiva monotoniei afective, se aplatizează. Tot imposibilitatea de a construi o perspectivă este cea care-l împiedică pe maniacal să elaboreze un model axiologic ; el trăiește doar într-un prezent hiperbolic, ca într-o analogie cu drama regelui Midas, care preface totul în aur, atît de banal și inutil în strălucirea sa ubicuitară. Demența și nedezvoltările mintale sînt prin definiție anaxicologice. Și aici s-ar putea sublinia faptul că lipsa unui sistem organizat ierarhic sau incompleta lui desăvîrșire împiedică orice ordonare în

spațiul valoric al realului. O ultimă incursiune trebuie făcută într-o zonă de graniță a psihiatriei, aceea a dizarmoniilor de personalitate. Acești subiecți sînt incapabili de a adera la sistemul de valori al societății, de a-și construi o traiectorie personală. Dizarmonicul se *„dezangajează activ"* din orice situație care ar impune coparticipare. Infirm al balanței persoană-lume (JANESCH), el se proiectează într-o lume personală, lipsită în primul țînd de criteriile etico-morale, fiind un „afazic în înțelegerea semanticii morale, un daltonist al valorilor binelui și adevărului" (PAMFIL, OGODESCU). Deși dizarmonicul nu intră, așa cum am spus, în sfera de interes a patologiei psihiatrice, el este cel mai autentic reprezentant al unei *„boli de axiologie"*, încercînd permanent să acordeze (dar în sens invers) sistemul de valori al societății la propriul său sistem.

1355. **AXIOMĂ** (cf. gr. *axioma* „preț, valoare") ● Propoziție prin sine evidentă, nedemonstrată și nedemonstrabilă, ce stă la baza argumentării altor propoziții. În concepția lui ARISTOTEL, se deosebește de postulat — propoziție nedemonstrabilă, dar lipsită de certitudinea evidenței intrinseci. Avatarurile reflecției epistemologice au conferit axiomei o diversitate considerabilă de interpretări : enunț simplu, nedecompozabil în subunități independente cu sens (stoici, F. BACON) ; certitudine metafizică, imposibil de respins (scolastici, DESCARTES, SPINOZA) ; generalizare a faptelor de experiență prin inducție amplificatoare (J. S. MILL) ; o simplă convenție necesară pentru construcția unui sistem formal (H. POINCARÉ). Progresele logicii matematice, în secolul al XX-lea, au sugerat o critică epistemologică profundă a statutului cognitiv al axiomelor, răpindu-le aura de infailibilitate potrivită unor adevăruri prime și indemonstrabile, privindu-le ca enunțuri ipotetice, a căror valabilitate este relativă la un sistem formal determinat și a căror valoare de adevăr este verificabilă indirect prin consecințele care decurg din ele.

1356. **AXIOMATIZARE** (cf. fr. *axiomatiser*) ● Metodă de reconstrucție a teoriilor științifice, prin expunerea lor argumentativă, ca sisteme axiomatice. Un sistem axiomatic constă dintr-un număr de concepte introduse prin definiție (termeni primi), din cîteva enunțuri fnndamentale nedemonstrate, acceptate ca adevărate (axiome și postulate) și din cîțiva algoritmi constructivi de transformare a enunțurilor (reguli de alcătuire a expresiilor corecte în sistemul dat și operatori sau reguli de derivare a unor expresii din altele). Pe baza acestor premise, sistemul poate produce un număr finit de teoreme-enunțuri alcătuite numai din termeni introduși prin definiție, pornind de la termenii primi și de la cei anterior definiți și derivabile exclusiv din axiome sau postulate, în virtutea regulilor operaționale în sistem.

1357. **AXIOTROPISM** (cf. gr. *axios* „care are valoare, demn" ; *tropos* „direcție, manieră, mod") ● Omul este un „animal axiologic" ființînd într-un univers de valori, pentru care, după E. SPERANȚIA, este dotat cu axiotropism. RICKERT afirmă că mediatorul între realitate și valori este cultura, cu toate implicațiile acestei aserțiuni. În acest context, sănătatea, boala, viața, moartea devin valori cu determinism social-istoric. BAUMGARTEN stabilește, în sens axiologic, o tipologie, în care „Werkgebunden" (omul care se sacrifică pentru realizări), este opus lui „Lebensgebunden" (epicurienii care se mulțumesc doar cu „plăcerile vieții"). De asemenea, relația bolnav/vindecător, în context axiologic devine mediată de bine, adevăr și frumos (PAMFIL, OGODESCU, WINDELBAND), pierderea axiotropismului însemnînd pierderea condiției umane.

1358. **AXON** (fr. *axone* ; cf. gr. *axon* „axă, drum") — sin. CILINDRAX ; NEURIT ● Prelungire neuronală unică, cu diametru uniform și lungime apreciabilă, în care influxul nervos are un singur sens de propagare, de la corpul neuronal spre axon. Baza de implantare la corpul celulei poartă numele de con de emergență/origine. Structura cuprinde aceleași elemente ale citoplasmei neuronale ; este învelit în două teci suprapuse : teaca de mielină și neurilema (teaca lui Schwann). Uneori teaca de mielină este atît de fină, încît nu se evidențiază la microscopul optic, motiv pentru care axonii au fost clasificați în mielinizați și nemielinizați. Mielinizarea reprezintă o perfecționare funcțională, mielina comportîndu-se ca un izolator, care nu permite scurgeri ionice ; viteza de conducere a influxului nervos prin fibrele mielinice este mult mai mare decît în fibrele amielinice (100—120 m/sec., față de 0,5—2 m/sec.). Pe parcursul traiectului axonului se desprind cîteva colaterale, dintre care colaterala recurentă are un important rol funcțional. Ea revine la neuronul de origine sau la contact cu neuronii vecini, uneori prin intermediul interneuronilor. Aceștia au rol în procesele de inhibiție — prin activitate anticipativă (feed-forward), sau prin activitate retroactivă (feed-back).

Scanned with OKEN Scanner

1359. AXONALĂ — *idioţie* — sin. AMAUROTICĂ — idioţie ; DEGENERESCENŢĂ NEURONALĂ INFANTILĂ ; SPASTICĂ — sin. idioţie ⟶ STEITELBERGER(B) boală.

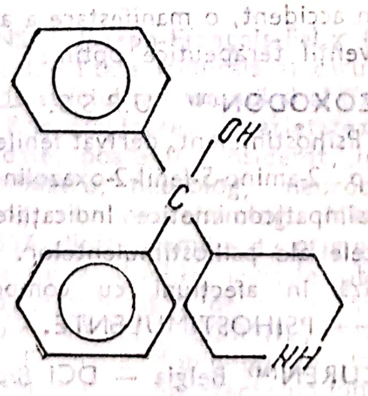
1360. AYERAMATE(M) Spania — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putîndu-se produce „un mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

1361. AYPNIE (cf. gr. *a-* ; *hypnos* „somn") sin. ⟶ AGRIPNIE.

1362. AZABON(M) Anglia — DCI *Azabon* ● Psihotrop de tip 3-sulfanilil-3-azabiciclo/3,2,2/nonană, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă ⟶ PSIHOSTIMULENTE.

1363. AZACON(M) Spania — DCI *Protipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-pirido /3,2-b / 1,4 / -benzotiazină, cu acţiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare minore.

1364. AZACYCLONOL(DCI) ● Derivat difenilmetan de tip α,α-difenil-4-piperidinmetanol, cu acţiune anxiolitic-sedativă, situat,



după unii autori, între tranchilizante şi NL sedative. Indicaţiile sînt cele ale tranchilizantelor, în general, cu bune efecte în delirium tremens şi psihozele de involuţie. Constituie principiul activ a doi produşi farmaceutici :

FRENOTON(M) Suedia
FRENQUEL(M) Franţa.

1365. AZAFENOTIAZINE — *derivaţi* ● Derivaţi fenotiazinici, avînd drept caracteristică înlocuirea nucleului benzoic clorurat cu un nucleu piperidinic, ceea ce conferă grupului efecte neuroleptic-sedative şi antihistaminice variate. Astfel :

● *Protipendilul* are acţiune de tip neuroleptic sedativ, cu efecte secundare minime, constituind principiul activ pentru următorii produşi farmaceutici :

AZACON(M)	Spania
DOMINAL(M)	Austria, Belgia, Danemarca, Franţa, R.F.G.
DOMINAL FORTE(M)	R.F.G.
DOMINIL(M)	R.F.G.
PROSYL(M)	Japonia
TIMOVAN(M)	S.U.A.
TOLNATE(M)	Anglia, S.U.A.

● *Oxipendilul* are acţiune de bază antinistaminică şi uşor sedativă, complementar. Constituie principiul activ pentru produsul PERVETRAL(M) R.F.G., S.U.A.

● *Isotipendilul* are o acţiune dublă : anxiolitic-sedativă şi antihistaminică, ambele valenţe fiind moderate. Constituie principiul activ pentru următorii produşi farmaceutici :

ADANTOL(M)	Brazilia
ANDANTOL(M)	Austria, Elveţia, Franţa, Italia, R.F.G.
ANDANTON(M)	Spania
NILERGEX(M)	Anglia
THERUHISTIN(M)	S.U.A.

1366. AZAM Charles-Eugéne (1822—1899) ● După şapte ani de chirurgie (1848—1855), începe să se preocupe se psihiatrie, specialitate care îi va consemna numele atît pentru preocupările privind dedublarea personalităţii — termen introdus de el —, cît şi pentru cele privind anestezia prin hipnoză, mai puţin originale, în măsura în care se întemeiază pe lucrările anterioare ale lui BRAID.

1367. AZAPHEN(M) U.R.S.S. ● Antidepresiv timoleptic sin. ⟶ AZAFEN(M) Iugoslavia.

1368. AZENE(M) S.U.A. — DCI *Clorazepate monopotassium* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină-3-acid carboxilic monopotassium, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor sedativă.

Scanned with OKEN Scanner

1369. **AZEPAMID**(M) Mexic — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi uşor anxiolitică; are o singură contraindicaţie — miastenia.

1370. **AZEPYL**(M) Mexic — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

1371. **AZIL** (cf. gr. *asylon* „loc inviolabil, azil"; lat. *asylum* „refugiu") ● Formă a asistenţei psihiatrice laice, apărută şi consolidată odată cu revoluţia pineliană. Medicalizarea acestor instituţii, anterior considerate un fel de locuri de refugiu (dar din păcate şi de coerciţie) pentru bolnavul psihic a dus la apariţia unei noi specii de medic — alienistul şi, în fapt, la naşterea psihiatriei ca ramură a medicinii. Azilul a reprezentat mult timp singura soluţie de terapie instituţională, care a luat aspecte moderne după jumătatea secolului al XIX-lea. Mai mult, instituţia azilară s-a hipertrofiat, ajungînd în unele cazuri la dimensiuni enorme (mii de paturi — Anglia, Franţa, S.U.A.). Apariţia unor mijloace de terapie moderne, dezvoltarea conceptului de boală psihică, apariţia ideii că zidul azilului apără dar şi izolează bolnavul a dus după jumătatea acestui secol (deci foarte recent) la căderea în desuetitudine a acestei instituţii-colos. Deşi ea a fost principala ţintă de atac a antipsihiatriei, care nu a făcut, în acest caz, decît să înregistreze un „fapt istoric", au existat şi păreri de un conservatorism extrem, care au încercat o apărare a acestui sistem, pe care îl identificau cu spitalul actual. Azilul a fost o instituţie matcă necesară care şi-a împlinit exemplar menirea. Deşi a rămas în prezent doar o pagină de istorie nu trebuie uitat că aici s-a constituit baza de fapte şi idei care au permis actuala „deschidere a uşilor", nu numai pentru bolnavul psihic, dar şi pentru psihiatrie, către restul medicinei.

1372. **AZOFILIE** (cf. gr. *a-*; *zoe* „viaţă"; *philia* „dragoste") ● Perversiune sexuală constînd din provocarea excitaţiei prin contemplarea unor obiecte cu semnificaţie erotică; se poate însoţi de masturbare. O formă particulară a azofiliei poate fi considerată pigmalionismul.

1373. **AZOTEMIE** (cf. azot: gr. *a-*; *zoe*; *haima* „sînge") ● Defineşte prezenţa în sînge a produşilor rezultaţi din catabolismul azotului (uree, uraţi etc.), la un nivel inferior (0,2—0,5 g ‰); depăşirea acestui nivel realizează hiperazotemia manifestată clinic prin sindromul azotemic. Aceasta pare a fi o urmare a afectării renale, dar poate apărea şi în cazul icterelor, traumatismelor întinse şi a unor afecţiuni digestive. Manifestările psihice sînt de o mare varietate (în funcţie de nivelul hiperazotemiei), de la: astenie, cefalee, somnolenţă, insomnii, pînă la convulsii şi comă uremică, explicată prin prezenţa produşilor toxici, rezultaţi din catabolismul azotat, dar şi prin dezechilibrele hidroelectrolitice şi acidobazice.

Azotemii de 3—4 g şi chiar mai mult s-au constatat în delirurile acute, motiv pentru care acestea au fost denumite encefalite psihozice azotemice. Interesarea cerebrală din insuficienţa renală cu hiperazotemie se datoreşte atît bolii, cît şi factorilor vasculari, carenţiali, metabolici şi chiar terapeutici, pe care-i antrenează afecţiunea. Posibilitatea corecţiei metabolice rapide prin hemodializă face ca simptomatologia psihică azotemică să nu mai fie decît un accident, o manifestare a absenţei unei intervenţii terapeutice optime.

1374. **AZOXODON**(M) U.R.S.S. — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Indicaţiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

1375. **AZUREN**(M) Belgia — DCI *Bromperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanţe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

B

1. **BABCOCK** — *indice* ● Indice de eficiență mintală stabilit în 1930 de H. BABCOCK („Une expérience dans la mesure de la détérioration mentale“), rezultat din raportarea nivelului mintal evaluat pe baza unei serii de teste psihometrice, la nivelul considerat normal după etalonare (nivelul „normal“ este apreciat după rezultatele obținute la un test de vocabular). Diferența dintre cele două nivele reprezintă indicele de eficiență mintală al subiectului examinat. Indicele Babcock este util în psihologia clinică mai ales pentru evaluarea deteriorării psihice.

2. **BABENCOVA**(S) *sindrom* ● A fost descris de autoarea sovietică BABENCOVA în 1967. Sindrom amnestic de tip Korsakov, la care se adaugă agnozognozie, „pseudomoria“, dezorientare spațială și a percepției temporale, excitație psihomotorie, tulburări de conștiință. Este legat de leziuni ale hemisferului drept.

3. **BABINSKI Joseph-François-Felix** (1857—1932) ● Personalitate medicală al cărui nume este legat de studiul neuronului și al fiziopatologiei lui. Prin amploarea și varietatea aspectelor abordate, poate fi considerat, în egală măsură, psihiatru, neurolog, neurochirurg, endocrinolog sau neurofiziolog. Născut la Paris în 1857, dintr-o familie de origine poloneză, își efectuează studiile medicale sub îndrumarea unor personalități de primă mărime: LEGRAND du SAULLE, CORNIL, VULPIAN, RANVIER. Formația dobîndită în domeniul anatomopatologiei va reprezenta un fundament solid pentru întreaga sa activitate. Își susține în 1886 teza, referitoare la scleroza în plăci, sub conducerea lui CHARCOT, în perioada efervescentei maxime în jurul conceptului de isterie. De aceea lucrările sale au fost puternic influențate — chiar și cele de neurologie — cu concepția maestrului său asupra acestei boli. Modificările de nuanță și apropierea de școala de la Nancy nu se vor realiza decît în finalul evoluției sale și fără ca el să fie deplin conștient de acest lucru. În anul susținerii tezei, în

Felix-François-Joseph Babinski

aceeași clinică se afla și FREUD, dar drumurile lor vor avea aici unicul punct de tangență. O bună perioadă din activitatea sa (finalul secolului al XIX-lea — începutul secolului al XX-lea) este rezervată disputei cu BERNHEIM, care

poate fi numită „lupta pentru un statut corespunzător al conceptului de sugestie". Victoria a fost obținută de BERNHEIM care a susținut (justificat) că sugestia depășește cu mult cadrul isteriei. Acest fapt nu a făcut însă din BABINSKI un învins, ci practic un al doilea învingător. Poate că victoria lui a fost posibilă tocmai datorită premisei greșite de la care a pornit, pentru că încercînd să găsească cu orice preț suportul somatic al isteriei lui CHARCOT cu metodele proprii neurologiei și cu fundamentul fiziologic pe care-l posedă, el a dezvoltat semiologia neurologică. A corelat riguros examenul neurologic cu cel anatomopatologic, ajungînd astfel, în 1896, la demonstrarea specificității semnului ce-i poartă numele, caracteristic în leziunile piramidale — element prezent astăzi în orice examen neurologic de rutină. În 1910, prin diagnosticarea în exclusivitate clinică a unei tumori medulare, confirmată și operată de P. LECÈNE, se semnează actul de naștere al neurochirurgiei franceze. În ciuda valorii sale, împiedicat de obtuzia unor contemporani, nu va îmbrățișa cariera universitară; a încercat acest lucru fără succes în 1892, la recomandarea lui CHARCOT, care vedea în el un posibil și motivat succesor al său. Numele său va rămîne legat de domeniul în care maestrul de la Salpêtrière a excelat — diferențierea paraliziilor funcționale de cele organice și introducerea termenului de pitiatism. În 1914 este ales membru al Academiei de Medicină.

4. **BABINSKI** — *reflex* ● Reflex, descris de autor în 1896, cu ajutorul căruia se pun în evidență leziunile căilor piramidale. Datorită importanței sale deosebite, este cunoscut și sub numele de „reflex patologic principal". În literatura asiatică, deși este întîlnit sub numele de „reflexul evantaiului", toți autorii îi recunosc paternitatea descrierii babinskiene.

În afara acestui reflex, autorul a mai descris alte două reflexe care îi poartă numele, dar care, spre a nu se crea confuzii, sînt numite în mod curent : reflexul radial invers (1910), care pune în evidență lezarea măduvei spinării la nivelul C_5 și reflexul de apărare — sin. BABINSKI-JARKOVSKI ; REFLEXUL DE SCURTARE ; REFLEXUL DE TRIPLĂ FLEXIE (1912), care pune în evidență leziuni extinse ale măduvei spinării.

5. **BABINSKI**[s] *semne* ● Un repertoriu de peste 20 de semne descrise de BABINSKI, din care zece au cunoscut consacrarea, fiindu-le recunoscută atît paternitatea cît și utilitatea :
- semnul pronației automate — în hemipareze ;
- semnul adiadocokineziei — în leziunile hemisferelor cerebeloase ;
- semnul agnosognoziei — în leziunile lobului parietal ;
- semnul cerebelos (catalepsia cerebeloasă) — în leziuni ale cerebelului ;
- semnul mușchiului subcutan al gîtului — în hemipareze ;
- semnul flexiei excesive a antebrațului — în hemipareze ;
- semnul complex flexor — în hemiplegie ;
- semnul supinației (extremităților superioare) — în leziuni ale cerebelului ;
- semnul auricular sau al vertijului voltaic — în leziuni ale labirintului ;
- semnul ahilian — în sciatică (diminuarea sau abolirea reflexului ahilian), element absent în isterie și simulație, atît de util diagnosticului diferențial.

6. **BABINSKI-FROMENT**(S) *sîndrom* — sin. BABINSKI-MEIGE(S) sindrom ● Sindrom caracterizat prin tulburări vasomotorii, trofice, de contractură musculară și impotență funcțională a segmentului respectiv ; apar la extremitatea membrelor — mai ales la cele superioare — în urma unui traumatism, și sînt acompaniate de tulburări psihice, în care, pe prim plan, este agitația psihomotorie, însoțită de cefalee, insomnie.

7. **BABINSKI-FRÖHLICH**(S) *sîndrom* — sin. HIPOFIZOTALAMIC(S) sindrom ; LANGERON(S) sindrom ; LAUNOIS-CLERT(S) sindrom —sin.→ ADIPOSO-GENITAL(S) sindrom.

8. **BABINSKI-NAGEOTTE**(S) *sindrom* — sin. SINDROM DE HEMIBULB ● Sindrom în care se realizează o adevărată trecere în revistă a semiologiei bulbare. Apare ca urmare a unui ramolisment întins, consecutiv obliterării ramului terminal al arterei vertebrale. Clinic, se manifestă prin hemiplegie moderată pe partea opusă leziunii, cu respectarea feței, iar în partea leziunii, tulburări cerebeloase, precum: miozis, enoftalmie, nistagmus, paralizia vălului palatin. Prezent în arterioscleroza cerebrală, demență vasculară și mixtă.

9. **BABINSKI-VAQUEZ** (*sifilis tardiv*) ● Formă frustă de tabes, descrisă în 1901 de cei doi autori, constînd în îngustarea pupilară, cu absența reflexului fotomotor, aortită disecantă, scăderea reflexelor rotuliene sau absența lor, simptomatica meningoencefalitei cronice.

10. **BABY**(T) *test* (engl. *baby* „copil") ● Probe standardizate prin care se investighează nivelul dezvoltării psihice a copiilor de vîrstă preșcolară, larg utilizate în pediatrie.

Testele de dezvoltare (baby-test) au fost elaborate pe bază observațiilor riguroase și îndelungate efectuate asupra copiilor de vîrste diferite (de la naștere pînă la etapa școlarizării) și vizează : studiul posturii și motricității (ridicarea capului și răsucirea trunchiului în primele săptămîni de viață ; ridicarea în șezut și apoi în picioare pînă la sfîrșitul primului an de viață etc.) ; conduita manipulatorie a obiectelor din jur (apucarea, ridicarea, răsturnarea obiectelor, apoi căutarea lor în spațiul înconjurător — între 2 și 8—9 luni de viață) ; achiziția limbajului (treptat ajunge ca în jurul vîrstei de 2 ani să îmbine cuvintele prin prepoziții în propoziții) ; conduita psihosocială (rîde la persoane familiare, se sperie la apariția unor figuri noi reacționînd prin plîns sau gesturi — atitudini ce se diferențiază treptat încă de la cîteva săptămîni de viață).

Arnold GESSEL (1925) și Charlotte BÜHLER (1932) au realizat primele baterii de teste pentru explorarea dezvoltării psihomotorii a copiilor de vîrste mici. Determinarea vîrstei mintale și a coeficientului de dezvoltare la preșcolari se poate realiza și în baza altor baby-teste, de exemplu bateria elaborată de BRUNETT E-LÉZINE.

11. **BACARATE**(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+) -3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

12. **BACCHUS** ● Zeul roman al vinului, viței de vie, beției, corespondent al zeului grec Dionysos, numit și Nyctelius (Nocturnul), deoarece orgiile se desfășurau de obicei noaptea. El apărea însoțit de preotesele bacante ; sărbătoarea vinului (a culesului) poartă denumirea de Bacchanalia. Este primul zeu care a avut de suferit din pricina *„legilor omenești"*. Senatul roman interzice bacanaliile — din motive lesne de înțeles — în 186 î.e.n. ; aceasta pare a fi prima măsură legislativă mai importantă împotriva alcoolismului.

13. **BACILOFOBIE**(F) (cf. lat. *bacillum* „bețișor" ; gr. *phobos* „frică") ● Astăzi acreditarea termenului este aceea de teamă nejustificată, exagerată, patologică față de bacili, de bolile provocate de aceștia. A fost descrisă inițial în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, ca teamă nejustificată față de bacilul Koch și de o posibilă contractare a bolii. Este rară astăzi, RÉGIS considerînd-o una din „fobiile moarte". Este de fapt o formă particulară de NOSOFOBIE(F) →. Subiectul este într-o permanentă alertă, adoptînd reguli exagerate de igienă individuală, studiază tratate de boli infecțioase și-și analizează atent orice semn subiectiv care, deși în realitate nesemnificativ, devine pentru el unul din simptomele posibile ale bolii respective. Întîlnită rar în nevroza obsesivo-fobică, este mai frecventă în decompensările personalităților psihastenice și în cazul intelectelor de limită. Este rezultatul fie al lipsei de instrucție, fie al structurii particulare a personalității.

14. **BACNIN**(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

Francis Bacon

15. **BACON** Francis (1561—1626) ● Filozof materialist englez ; prin viziunea pe care o propune își devansează mult epoca, depășind stagnarea scolastică și metoda deductivă.

În 1620 stabilește în „Nouvum Organon" regulile formale ale experimentării. El definește observația naturii ca o condiție fundamen-

tală pentru experimentul științific. Natura nu poate fi stăpînită fără a fi cunoscută, iar scopul științei nu este doar de a constata calitățile ființelor ; ea trebuie să stabilească cauzele care produc anumite efecte (vere scire per causas scire). El imaginează așa numitele tabele de prezentare care îi permit compararea faptelor naturale pentru a le descoperi esența. BACON credea că dacă poate izola calitățile lucrurilor și le poate combina în diverse proporții ar puea obține chiar lucrurile (P. JANET). El va face o trecere în revistă a erorilor spiritului, pe care le numește „idoles" : idola tribus — datorată naturii umane ; idola specus — datorat spitritului individului ; idola fori — datorat limbajului și deformărilor sale ; idola theatri — datorat erorilor sistemelor filozofice.

Lucrările sale principale sînt : „De sapientia veterum" (1609) ; „De principiis atque originibus" (1620) ; „Historia naturalis et experimentalis ad condensam philosophiam sive", „Phaenomene universi" (1622), „De dignitate et augmentis scientiarum" (1623).

16. **BAELEZ** — *paralizie emoțională* — sin. STUPOARE AFECTIVĂ ● Formă a stuporii psihogene, care apare la stimulii supraliminali ai sistemului nervos. Cazurile princeps au fost descrise in 1901 cu ocazia unor cutremure de pămînt din Japonia. Nota caracteristică este dată de dispariția reacțiilor afective (tristețe, groază, compasiune, grijă pentru familie). Toate acestea par a fi înlocuite de senzația subiectivă de detașare a gîndirii. Se diferențiază de stupoarea psihogenă prin absența amneziei consecutive episodului și prin păstrarea clarității conștiinței.

17. **BAILLARGER Jules-Gabriel-François** (1809—1890) ● Psihiatru francez, născut la Montbazon, urmează studiile medicale la Paris ; din 1840 îl întîlnim la Salpêtrière. Este creatorul revistei „Annales médico-psychologiques" (1843, împreună cu CERISE și LONGET) și al asociației medicilor ce se ocupă de bolnavii mintal — Societatea medico-psihologică (1852, după model englez). Aria lucrărilor sale cuprinde o largă paletă, incluzind atît preocupări legate de tulburările de percepție (halucinații), cit și studii clinice asupra paraliziei generale progresive, cretinismului și monomaniei. Preocupat de aspectele medico-legale ale bolilor psihice, el face interesante cercetări asupra responsabilității alienaților mintal. De o deosebită importanță este introducerea termenului „la folie à double forme" prin care BAILLARGER desemnează „un anumit fel de boală mintală care se manifestă prin accese ce apar periodic, regulat, unul de depresie, celălalt de excitație". Acest termen, propus în 1854 la Academia de Medicină, declanșează o polemică de lungă durată cu Jean-Pierre FALRET, care, cîteva luni mai tîrziu, descrie aceeași boală numind-o „folie circulaire". Vîrsta avansată îl împiedică să devină profesor de patologie mintală atunci cînd postul devine vacant ; moare în 1890. Numele său rămîne legat de psihoza maniaco-depresivă.

18. **BAILLARGER**[H] *halucinații* ● Halucinații lipsite de senzorialitate, descrise în 1844, de autorul al cărui nume îl poartă, ca „percepții intelectuale" independente de organele de simț. Constituie una din primele descrieri ale pseudohalucinațiilor.

19. **BAILLARGER**[F] *semn* ● Descriere princeps (1877) a inegalității pupilare din paralizia progresivă.

20. **BAIN Alexander** (1818—1903) ● Filozof și psiholog englez, pozitivist, reprezentant al asociaționismului. A utilizat datele anatomofiziologice în explicarea fenomenelor psihice. Este unul din precursorii psihologiei fiziologice. După opinia sa, senzațiile sînt un produs pur fiziologic, iar conștiința, o însumare a senzațiilor.

21. **BAKER George** (1722—1809) ● Născut în 1722 la Devonshire, este elevul lui William BATTIE (Spitalul Saint-Luc) și devine în 1788 medicul lui Georg III care suferea de o boală mintală. În 1755, apare la Cambridge lucrarea lui cea mai importantă : „De affectibus animi et morbis unde iriundis" („Despre afecțiunile spiritului și bolile care decurg din acestea"), operă în care el afirmă că între corp și suflet există o legătură : „este imposibil ca spiritul să sufere fără ca și corpul să devină bolnav, după cum este imposibilă o suferință a corpului fără ca și spiritul să fie afectat". Afirmația ne permite să-l considerăm unul din precursorii psihosomaticii.

22. **BALACON**[M] Japonia — DCI *Pipetanat* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenestopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă ; este contra indicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

23. **BALAMUC** (turc Malamuc — nume propriu) ● Ospiciu, spital pentru bolnavii psihici ; în sens peiorativ : gălăgie, dezordine.

„sminteală". Denumirea provine de la schitul Malamuci (căruia ulterior i s-a spus Balamuci), construit de vel logofătul Popa în secolul al XVII-lea lingă Căldărușani, așezămînt caritabil unde au fost adăpostiți bolnavii psihici pînă în 1845, cind au fost transferați la Mînăstirea Mărcuța. Preluat de tradiția orală, termenul este asociat la noi cu cel de spital de psihiatrie.

24. **BALANCE**(M) Japonia — DCI *Clordiazepoxid* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

25. **BALANS PSIHOTICO-PSIHOSOMATIC** (fr. *balance*) • Oscilație între două tipuri de afecțiuni pe care bolnavul psihic o poate prezenta. Apariția fenomenologiei psihotice, cu dezinserția de realitate, face ca subiectul să fie inundat de elementele agresiunii psihotice, devenind imuni la psihotraumele și tensiunile obișnuite, adică la cele generatoare de boli psihosomatice. Lipsa implicării afective și a semnificației valorice a elementelor realului, duce la ignorarea completă a acestui tip de conflicte. Apariția, la ieșirea din episodul psihotic, a unei patologii tipic psihosomatice, a fost interpretată de GRINKER și ROBINS ca o dificultate de readaptare și o slăbiciune a Eului, incapabil de a ieși din psihoză fără ajutorul „adaptării defensive prin răul fizic". Deși pare la prima vedere mult prea îndrăzneață, teoria balansului dă o explicație coerentă faptului remarcat de o serie largă de cercetători privind incidența, mai redusă la psihotici decît la alte categorii de bolnavi, a afecțiunilor psihosomatice.

26. **BALANȚĂ EROTISM-MATERNITATE** (cf. fr. *balance* ; it. *balanza*) • Noțiune referitoare la comportamentul sexual feminin ; unii autori, mai ales de inspirație psihanalitică, consideră că între erotism și maternitate ar exista un echilibru și un raport invers. După ei, maternitatea ar defavoriza erotismul, între componenta erotică a instinctului sexual și tendințele instinctuale materne existînd un aspect conflictual.

Împărțirea afectivității femeii între erotism și maternitate, considerînd imaginea ideală a maternității, după SAPHOUAN, este generatoare de nevroză și complexe. Existența balanței erotism-maternitate este mai mult o creație teoretică față de a cărei realitate obiectivă, în lipsa unor studii concrete, trebuie păstrate rezerve.

27. **BALBISM** (cf. lat. *balbus* „bîlbîit") • Alterare a limbajului la nivelul expresiei verbale, determinată de dereglarea funcțională și tranzitorie a coordonării musculaturii ce intervine în fonație. Clinic, se manifestă ca o modificare a ritmului debitului verbal și este în genere ușor de recunoscut. POROT sistematizează balbismul, după mecanismul dereglării neuromotorii a aparatului fonator și după expresia diagnostică, în :

- *balbism tonic*, caracterizat prin blocarea articulării unui cuvînt, cuvîntul următor apărînd cu o pronunțare explozivă (pentru o perioadă variabilă) ; este forma cea mai frecventă și se observă la primul cuvînt din frază ;
- *balbism clonic*, se caracterizează prin repetarea mai lungă sau mai scurtă a unor foneme, cel mai frecvent situate la începutul primului cuvînt din frază ;
- *balbism prin inhibiție*, caracterizat printr-o perioadă de tăcere, inexpresivitate, de lungime variabilă, fie atunci cînd subiectul vrea să înceapă a spune ceva, fie pe parcursul discursului, urmată de reluarea normală a fluxului verbal ;
- *balbism tonico-clonic*.

În momentul tulburării fonatorii, la necoordonarea mișcărilor aparatului fonator se pot adăuga : tulburări de coordonare motorie a musculaturii din regiunile apropiate (închiderea ochilor, crisparea buzelor, bătaia aripilor nasului, clătinarea sau rotirea capului, inspir brusc sau expir incomplet, mișcări respiratorii sacadate, sincinezii ale musculaturii membrelor superioare) ; tulburări vasomotorii simpaticotone (eritem facial, midriază, tahicardie de natură emoțională) ; tulburări ale limbajului (accelerarea sau încetinirea debitului verbal, dezorganizări ale sintaxei și vocabularului).

CHERVIN sintetizează caracteristicile comune ale tuturor simptomelor descrise : debut în copilărie, intermitența manifestărilor, dispariția manifestărilor în timpul cîntatului.

Se apreciază prezența balbismului la 1—12‰ din populația generală. Predomină în copilărie, se ameliorează cu vîrsta, este de patru ori mai frecventă la băieți. În privința patogeniei, AJURIAGUERRA a constatat transmiterea ereditară în 33% din cazuri. Există numeroase ipoteze asupra patogeniei balbismului : disfuncția circuitelor de control ale articulării, coniționare reflexă, mecanism psihogen. Structura hiperemotivă a personalității și psihotrau-

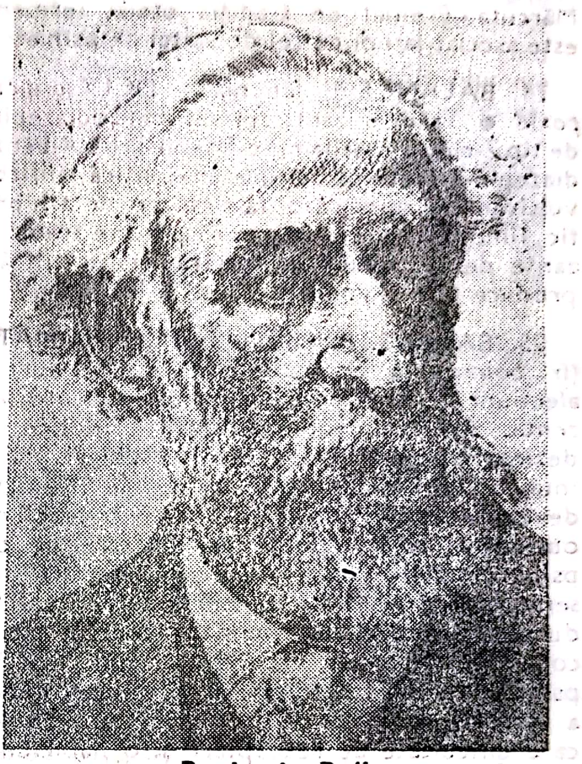
mele din perioada copilăriei și adolescenței sînt considerate astăzi mai puțin importante, deși nu de neglijat, factorul cu ponderea cea mai importantă fiind reprezentat de o stare nevrotică întreținută de mediul familial.

Există mai multe metode terapeutice care pot fi utilizate în funcție de tabloul clinic, stadiul evolutiv, vîrstă : logopedice (mai eficiente în faza de debut), psihoterapice (relaxare, psihanaliză, terapie comportamentală) și chimioterapice (rezervate formelor grave).

28. **BALINSKI Ivan Mihailovici** (1827—1902) ● Psihiatru rus. Și-a făcut studiile medico-chirurgicale în Petersburg, unde își începe cariera și unde va crea, în 1857, prima clinică pentru maladii mintale. Tot aici va publica în 1859 primul curs de psihiatrie din Rusia. În 1860 este numit profesor la Academia medico-chirurgicală și rămîne în acest post pînă în 1884. În 1861 fondează Societatea petersburgheză de medicină mintală iar, începînd din 1869, se ocupă de înființarea de așezăminte destinate alienaților mintal, în diverse orașe ale Rusiei. Este recunoscut drept pionier al organizării asistenței medicale destinate alienaților mintal și ca formator al unei întregi pleiade de psihiatri în Rusia.

29. **BALINSKI**[s] — *simptome pupilare* ● Una din cele mai vechi descrieri (1858) a absenței reactivității pupilare la lumină, în paralizia progresivă, cuprinzînd observații care vor conduce, alături de observațiile lui BAILLARGER, la descrierea semnului Argyll-Robertson.

30. **BALINT Michael** (1896—1970) ● Născut la Budapesta, urmează în paralel studii medicale și de chimie. Își începe activitatea în 1921 la Berlin sub îndrumarea lui H. SACHS, revine la Budapesta în 1924 și lucrează în Institutul de Psihanaliză sub îndrumarea lui FERENCZI pînă în 1933 cînd, după dispariția acestuia, devine directorul institutului. În 1938 emigrează în Anglia, unde obține o diplomă în psihologie și își desfășoară activitatea întîi la Manchester și apoi la Londra, devenind un participant activ al Societății Britanice de Psihanaliză. Între 1948—1961 lucrează la Institutul de relații umane „Tavistock Clinic". În domeniul psihanalitic, lucrările sale se centrează asupra explorării conceptului de „amor primar" și a noțiunii de „defect fundamental". BALINT este important mai ales prin studiile privitoare la relația medic-pacient, analizată și din punct de vedere psihanalitic. El este inițiatorul unor grupuri experimentale în cadrul cărora medicii practicieni analizează dificultățile întîlnite în practica clinică și modalitățile de rezolvare ale acestora. Rezultatele acestor experimente sînt publicate într-o lucrare de mare popularitate : „Medicul, pacientul său și boala", apărută în 1956. După modelul acestui grup au apărut ulterior multiple „grupuri Balint" sub îndrumarea directă a inițiatorului lor și a soției acestuia Enid BALINT.



Benjamin Ball

31. **BALINT**[(S)] *sindrom* — sin. PARALIZIE PSIHICĂ A VEDERII ● Constă în incapacitatea de a privi în unele direcții și de a fixa privirea, deși funcționalitatea mușchilor oculari este normală. Elementele definitorii ale sindromului constau în : paralizia psihică a privirii (imposibilitatea de a urmări conștient cu privirea), ataxie optică (dezorientarea vizuo-spațială), inatenția vizuală. Apare în unele encefalopatii portale (intoxicație amoniemică), în leziunile occipitale sau parietale stîngi, ca și în unele demențe presenile.

32. **BALISTOFOBIE**[(F)] (cf. lat. *ballista* „proiectil" ; *phobos* „frică") ● Stare exagerată și nemotivată de frică față de proiectile, explozii și arme de foc. Este rar întîlnită în clinica psihiatrică curentă. Mai frecventă în expertiza psihiatrică militară, ridică probleme de diagnostic diferențial cu simulația.

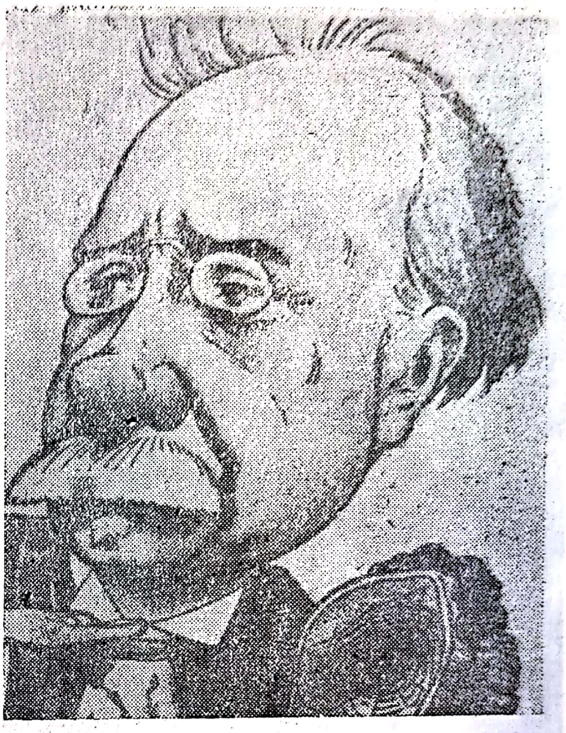
33. **BALL Benjamin** (1833—1893) ● Psihiatru francez, un „*european*" în adevărata accepțiune a cuvîntului : născut în Italia, avînd mamă elvețiană și tată englez ; studiază și profesează medicina la Paris. În 1855 este intern la clinica

lui MOREAU de TOURS, apoi medic la Bicêtre. Prima sa lucrare are un titlu interesant : „Hallucination de la vue et de l'ouie — Traitement par le hachich — Guérison". Obține titlul de doctor în 1862. A funcționat o perioadă ca asistent al lui LASÈGUE la Infermeria Specială a Prefecturii Poliției din Paris — un adevărat serviciu de psihiatrie de tip ambulator cu funcție de expertiză — unde acumulează o bogată experiență clinică. În 1875 ocupă prin concurs prima catedră de boli mintale și studiu al creierului — ocazie cu care îl concurează și-l învinge pe MAGNAN ; pentru acest motiv, cei doi conducători de școli psihiatrice rămîn într-o rivalitate științifică fertilă, cu dispute antrenante timp de un deceniu, privind atît delirurile cronice cît și clasificarea bolilor mintale. În 1883 devine membru al Academiei de Medicină. În 1890 este ales președinte al primului Congres de Patologie Mintală din Franța. Lucrarea sa „Leçons sur les maladies mentales", apărută în două ediții (1883 și 1890), a sintetizat cunoștințele psihiatrice ale epocii respective și a călăuzit primii pași în psihiatrie a numeroși psihiatri români de formație franceză la începutul secolului al XX-lea. A studiat delirurile halucinatorii, toxicomaniile (morfină, cocaină), problemele medico-legale legate de boala psihică.

34. **BALLARD-DEGEN-PAIE**(s) *sindrom* ● Encefalopatie postmeningoencefalitică, descrisă în 1945, ale cărei principale caracteristici sînt : dismnezia, scăderea randamentului, cefalee, amețeli, radiculalgii, astenie.

35. **BALLARD-MILLER**(s) *sindrom* ● Tip particular de cerebrastenie consecutivă unui proces meningoencefalitic, descris de cei doi clinicieni în 1945, constînd în astenie marcată la eforturi minime, absența inițiativei, cefalee, depresie, tulburări de memorie (fixare și evocare) și, în unele cazuri, tulburări de conștiință de tip confuzional.

36. **BALLET Gilbert-Louis-Siméon** (1853—1916) ● Psihiatru și neurolog francez, orator didactic de primă mărime, cu deosebit succes la publicul științific și monden al vremii. Intern din 1875 și doctor din 1881, lucrează în clinica lui CHARCOT. Devine șeful catedrei de boli mintale în 1909, membru al Academiei de Medicină din 1912. Cofondator al Societății de neurologie și al celei medico-psihologice, publică numeroase lucrări, dintre care atrag atenția : „Le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie" (1888), „L'hygiène du Neurasthénique" (1897), „Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses" (1897), „Swedenborg, histoire d'un visionnaire" (1899) ; la acestea se pot adăuga un studiu asupra lui Leonardo da Vinci, altul despre Maria Leczinska și un tratat de patologie mintală de peste 2000 pagini publicat în colaborare, în



Siméon-Louis-Gilbert Ballet

1903. Introduce în 1911 termenul de „psihoze halucinatorii cronice" — termen propriu școlii de psihiatrie franceze, care este folosit și astăzi.

37. **BALLIF Leon** (1892—1967) ● Distins și apropiat colaborator al lui C. I. PARHON, director al Socolei între 1928—1951, profesor universitar și creator al unei valoroase serii de medici specialiști. Format în spiritul riguros al experimentului și cercetării de laborator (fiziologie, biochimie, neurofiziologie), lucrează începînd din 1924 la Cambridge și Oxford sub conducerea lui SHERRINGTON, LANGLEY, DOUGLAS. Acest spirit s-a întipărit și păstrat apoi la Socola. Lucrările sale, foarte numeroase în domeniul psihiatriei, orientate către aspecte morfopatologice, biochimice și metabolice, în genetică, epidemiologie, psihoprofilaxie, igienă mintală, psihiatrie medico-legală, terapeutică și organizarea asistenței psihiatrice, completează o personalitate științifică extrem de interesantă

Scanned with OKEN Scanner

și complexă. Reprezentant al României la primul Congres Internațional de Igienă Mintală (1930—Washington), a militat pentru psihoprofilaxie, igienă mintală și dezvoltarea asistenței psihiatrice extraspitalicești.

Leon Ballif

38. **BALLIF-NEGULICI Eugenia** (1918—1970) ● Psihiatru român. Face studiile liceale și universitare la Iași, obținînd titlul de doctor în medicină în 1944 cu o lucrare despre hemoragiile posttraumatice. Se orientează spre aceeași specialitate ca și părinții săi (ambii psihiatri) ; după obținerea titlului de medic specialist va conduce unul din serviciile spitalului Gh. Marinescu și laboratorul de cercetări privind impaludarea terapeutică. Pînă în 1958 lucrează ca asistentă universitară în clinica de psihiatrie. Împreună cu Florica BAGDASAR a luat parte la organizarea centrului de igienă mintală și a sistemului de școli speciale pentru dependenți. Are intensă activitate publicistică în revistele de specialitate, fiind interesată de problemele psihiatriei organice (paralizia generală progresivă, encefalită, epilepsie), farmacoterapie, genetică și neuropsihocibernetică.

39. **BALMINIL(M)** Canada — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

40. **BALTEN-MAYON(B)** *boală* — sin. OATMAN(B) boală ; SPIELMEYER-STOCK(B) boală ; STOCK-SPIELMEYER-VOGT(B) boală sin.
→ BUTTEN-SPIELMEYER-VOGT(B) boală.

41. **BAMADEX(MC)** S.U.A. ● Face parte din grupul produselor terapeutice care conțin două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- DEXAMPHETAMINA(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic.
- MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic.

Are acțiune anxiolitic-miorelaxantă, dinamogenă.

42. **BAMATE(M)** S.U.A. — DCI *Meprobamat*
BAMO(M) S.U.A. ● Tranchilizante, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie (petit mal), afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare și contraindicații evidente, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd realiza un mic sindrom de abstinență. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

43. **BAMBERGER(S)** *sindrom* ● Formă rară de isterie descrisă în 1859 de autor, avînd drept caracteristici : reducerea mobilității și a funcționalității mușchilor extremităților, mișcări cu aspect de salturi și sărituri, asemănătoare unui dans, care apar la atingerea picioarelor de pămînt. Aspectul funcțional este evident.

44. **BANABIN(M)** Japonia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare) — acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

45. **BANALITATE** (fr. *banalité*) ● Aspect comun sau lipsit de originalitate la un obiect, într-un discurs, într-o situație sau la o persoană. Cuantificarea numărului de răspunsuri banale înregistrate în cursul aplicării diferitelor teste

Scanned with OKEN Scanner

(proba asociativ-verbală Smirnov, Rorschach, Rosenzweig, TAT etc.) oferă informaţii cu valoare psihodiagnostică privind gradul de conformism social şi de adaptabilitate al individului, particularităţile inteligenţei, disponibilităţile creative. Se poate infera şi asupra trăsăturilor de personalitate sau a intensităţii unor simptome. Peiorativ se poate vorbi de un tip banal, în sensul unei persoane şterse, conformiste, lipsite de originalitate, care nu se impune atenţiei prin nici o particultaritate deosebită.

46. **BANASIL**(M) Anglia — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

47. **BANI** ● În sens psihanalitic, echivalent simbolic al produsului defecaţiei. În lumina acestei teorii, în stadiul anal se realizează un prim schimb cu anturajul în ceea ce priveşte afecţiunea sau manifestarea agresivităţii. Din punct de vedere psihopatologic interesează raportul sau atitudinea subiectului faţă de banii săi. Notăm astfel spiritul de economie al personalităţii psihastenice ; avariţia, ca reacţie la anxietate, a vîrstnicului ; refuzul nevrotic al beneficiului material sau dispreţul, de asemenea nevrotic, faţă de bani în situaţiile de dispute morale ; pseudogenerozitatea sau prodigalitatea hipomaniacalului şi parafrenicului ; avariţia ca manifestare agresivă ; atitudinea risipitoare ca indicator al culpabilităţii etc. Semnificaţia atitudinii faţă de bani este fructificabilă mai mult în psihoterapie decît în scop diagnostic.

48. **BANNISTER**(B) *boală* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EDEM ANGIONEUROTIC.

49. **BARAGNOZIE** (cf. gr. *baros* „greutate" ; *a-* ; *gnosis* „cunoaştere") — sin. ABAROGNOZIE ● Pierderea capacităţii de a percepe diferenţe în aprecierea greutăţii.

50. **BARAJ** (fr. *barrage*) ● Simptom, constînd în întreruperea bruscă a activităţii psihice sau motorii, care se poate relua cu sau fără legătură cu faza anterioară. Este considerat simptom „aproape patognomonic" (BERNARD) pentru psihoza schizofrenică. A fost descris iniţial de KRAEPELIN, ca unul din semnele negative ale demenţei precoce. BLEULER îi va amplifica semnificaţia, considerîndu-l ca una din tulburările de disociaţie majoră. Barajul se poate manifesta în plan verbal sau motor şi se concretizează în oprirea bruscă pentru cîteva secunde a desfăşurării unei acţiuni sau fraze, fără ca bolnavul să pară tulburat de acest lucru. Reluarea acţiunii se face după această pauză, fie în direcţia în care se desfăşură anterior, fie într-o direcţie cu totul neaşteptată. Gîndirea subiectului pare marcată de o eclipsă, de o suspendare, care însă nu trebuie confundată cu atitudinile de ascultare halucinatorie din automatismul mintal şi nici cu absenţele din epilepsia petit mal. La psihotici cu automatism mintal se poate constata în cadrul comportamentului halucinator apariţia unor întreruperi ale activităţii verbale sau motorii, dar care sînt însoţite de atitudini de ascultare, modificări ale mimicii care pot exprima anexitatea sau extazul în funcţie de conţinutul plăcut sau neplăcut al halucinaţiilor verbale sau auditive. De asemenea, barajul trebuie distins de lentoarea psihică sau de inhibiţia psihomotorie observate în stările depresive, care au la bază starea afectivă a subiectului şi o concentrare monotematică ideativă, asupra temei psihotraumatizante.

În 1932 GUIRAUD a descris o formă atenuată a barajului mintal, fading mintal, care este de asemenea o tulburare de tip disociativ constînd într-o întrerupere progresivă a activităţii psihomotorii pînă la suspendarea sa totală ; singura deosebire între baraj şi fading constă în modalitatea de instalare fenomenologică. Barajul este, aşa cum am arătat, un simptom specific psihozelor schizofrenice, cu precădere al formelor : hebefrenică, catatonică şi hebefrenocatatonică.

51. **BARAJ**(T) *test* ● Probă standardizată vizînd evaluarea capacităţii prosexice, atît sub raport cantitativ (viteza), cît şi sub raport calitativ (precizia, distributivitatea, mobilitatea etc.). De la sfîrşitul secolului trecut (1895) au fost imaginate o serie de teste de tip creion-hîrtie în care se cere subiectului bararea unor litere dintr-un şir (BOURDON), a unor semne cu o anumită orientare dintr-un număr de opt posibilităţi (TOULOUSE şi PIÉRON) sau a două semne dintr-o succesiune asemănătoare (ZAZZO). Testele complexe de baraj fac apel nu numai la calităţile atenţiei, ci şi la aptitudini operaţionale. Cu toate că au fost imaginate pentru studiul atenţiei, performanţele fiind modificate mai ales în patologia organică şi în stările de astenie marcată, testele de baraj mai pot da informaţii şi cu privire la alte trăsături ale personalităţii : meticulozitate, instabilitate, perseverenţă etc. Aceste informaţii se culeg din observarea comportamentului în activitatea propriu-zisă de testat, a comportamentului

față de situația-test (reacții, comentarii, apel la examinator, blocaje, tendință la accelerare sau încetinire a ritmului de lucru).

52. BARBARIE (cf. lat. *barbaria* „sălbăticie, incultură") ● În antichitate cuvîntul „barbar" se referea la tot ce nu aparținea culturii greco-romane, tot ceea ce era străin, considerat lipsit de civilizație. În limbajul actual, acest cuvînt semnifică orice formă de violență vizînd drepturile omului (crime, torturi, represiuni singeroase — J. DIDIER). Pot fi etichetate de asemenea ca barbare distrugerile patrimoniului cultural, rasismul, genocidul. În acest sens, războiul este unul din comportamentele de grup cele mai barbare, fiind programatic antiuman și antiaxiologic. Din punctul de vedere al psihiatriei, barbaria reprezintă o prăbușire netă a condiției umane la nivelul instinctelor primare, al unor tendințe pulsionale agresive-sadice.

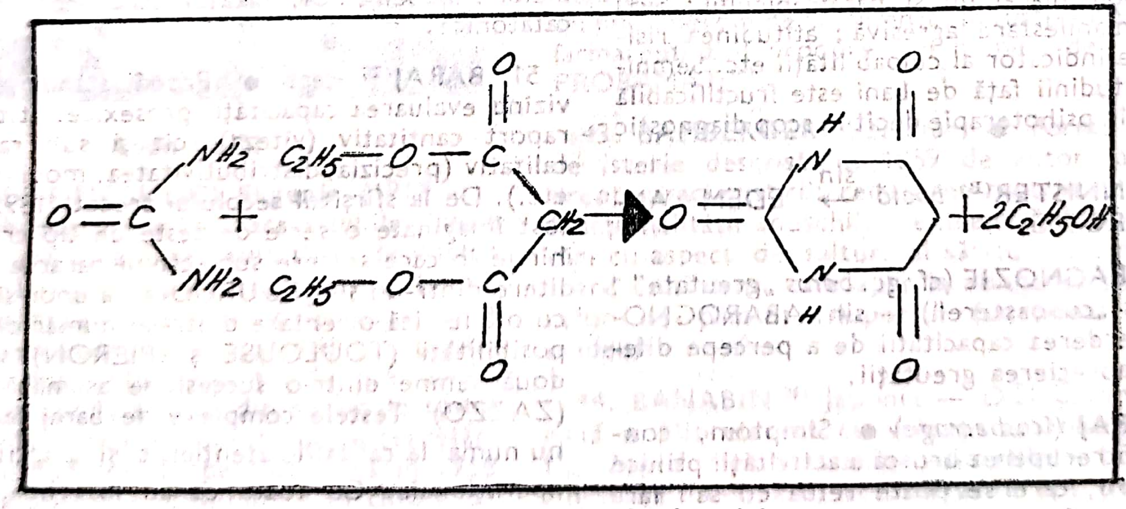
53. BARBAROLALIE (cf. gr. *barbaros* „străin" ; *lalein* „a vorbi") ● Termen puțin utilizat, desemnînd vorbirea stranie, neinteligibilă, sacadată, cu tonalități ridicate și realizînd o exprimare fără înțeles, întîlnită în schizofrenie, demențe.

54. BARBITURICE (cuvînt derivat din denumirea lichenului USMEA BARBATA și UREE din care se compune acidul respectiv) ● Grupă de substanțe care induc un somn mai mult sau mai puțin profund ; deși au cunoscut o mare utilizare clinică timp de un secol, mecanismul celular și biochimic al acțiunilor lor nu este nici astăzi pe deplin elucidat. Pentru psihiatria de ieri ele au reprezentat ceea ce semnifică neuroleptícele pentru psihiatria modernă. Ele sînt astăzi părăsite de psihiatrie atît datorită efectului lor prea moderat, cît și datorită pericolului dependenței, fapt ce nu împiedică utilizarea lor în practica medicală de către alți specialiști care, fie nu cunosc acest aspect, fie îl neglijează.

● Descoperirea și sinteza barbituricelor se datorește lui Adolf von BAYER, care, studiind condensarea ureei, descoperea (în 1863) un nou produs, denumindu-l acid barbituric ; pentru clasa de derivați consacră termenul barbiturice. Seria produselor de acest gen este îmbogățită de E. FISCHER și J. von MEHNING, la începutul secolului al XX-lea, cu doi noi produși : LUMINAL și BARBITAL, numit VERONAL de către ultimul sub impresia unei călătorii în romantica Verona. Încep să fie utilizați atît ca somnifere, cît și ca anticonvulsiviante (HAUPTMANN), cunoscînd o largă răspîndire.

În țara noastră au fost introduși în clinică de către MARINESCU. Devin medicamente la modă între 1925—1940 ; în 50 de ani sînt sintetizați peste 3 000 produși, dintre care 50 sînt comercializați ca medicamente. Epoca lor se încheie în a doua jumătate a secolului al XX-lea, cînd se constată că, în afara bunei testări în timp și a efectului terapeutic garantat în cazul adulților sănătoși, ele prezentau, pe lîngă dezavantaje potențiale, și alte defecte, dintre care cele majore ar fi : pericolul dependenței, favorizarea intrării în confuzie pentru bătrîni și furnizarea materialului necesar suicidului, pentru depresivi.

● *Structură și clasificare*. Barbituricele sînt rezultatul reacției de condensare dintre acidul malonic și uree. Diferențele farmacologice dintre diverșii produși rezultați prin substituții



Sinteza derivaților barbiturici

cu anumiţi radicali chimici nu sînt semnificative decît în ceea ce priveşte durata acţiunii lor. Acest criteriu foloseşte şi astăzi clasificării barbituricelor în :

- Barbiturice cu acţiune ultrarapidă (<1 h) :
  THIOPENTAL : PENTOTHAL(M)
  THIAMYLAL : SURITAL(M)
- Barbiturice cu acţiune rapidă medie (1—8 h) :
  AMOBARBITAL : AMITAL(M), EUNOCTAL(M)
  BUTABARBITAL : BUTISOL(M), SONERYL(M)
  HEXOBARBITAL : EVIPAL(M)
  PENTOBARBITAL : NEMBUTAL(M)
  SECOBARBITAL : IMENOCTAL(M), SECONAL(M)
  VINBARBITAL : DELVINAL(M), OPTANOX(M)
- Barbiturice cu acţiune prelungită (>8 h) :
  BARBITAL : VERONAL(M)
  MEFOBARBITAL : MEBARAL(M)
  FENOBARBITAL : LUMINAL(M), CARDENAL(M)
  HEPTABARBITAL : MÉDOMINE(M).

În funcţie de durata acţiunii lor, barbituricele din prima grupă sînt utilizate în anestezie, cele din grupa a doua în insomniile de adormire şi cu somn superficial, iar cele din ultima grupă ca sedative şi în insomniile din a doua parte a nopţii.

DENIKER include barbituricele în clasa psiholepticelor sedative — grupa hipnotice (avînd în vedere acţiunea lor asupra fenomenelor psihismului). Dacă anesteziştilor le sînt extrem de familiare barbituricele cu acţiune ultrarapidă, clinicianului psihiatru îi revine confruntarea cu aspectul lor terapeutic (în insomnii) şi toxic (în tentativele de suicid şi toxicomaniile barbiturice).

● *Mecanism de acţiune*. Deprimarea reversibilă a excitabilităţii sistemului nervos central nu este decît rezultatul acţiunii barbituricelor asupra membranei celulare, deşi pînă în prezent mecanismul intim al acesteia nu este cunoscut (sînt implicate, se pare, creşterea consumului de oxigen şi a adenozintrifosfatului, ca şi a glicogenului cerebral în cadrul lanţurilor de oxidare în sistemul citocrom-oxidazei şi a flavoproteinelor)

Efecte asupra sistemului nervos central ; deprimare profundă nespecifică (în funcţie de doză, poate varia de la sedare uşoară pînă la moarte) ; acţiune deprimantă selectivă (la doze mici) — prin intermediul substanţei reticulate ascendente ; acţiune prin intermediul rinencefalului ; acţiune asupra căilor sensibilităţii şi motricităţii, astfel încît se produce o hipoestezie şi nu o analgezie (la doze sedative). Efecte asupra somnului : inducerea somnului (prin efect sedativ sau hipnotic). Deşi se aseamănă mult cu somnul fiziologic, somnul indus de barbiturice reduce faza paradoxală (REM) de activitate onirică.

● *Indicaţii terapeutice* ;

- sedativ-hipnotice, prin facilitarea sau producerea somnului (produsele de durată rapidă-medie, de tipul Amobarbitalului, Butabarbitalului, Pentabarbitalului, Secobarbitalului sau Vinbarbitalului) ; de menţionat că doza sedativă reprezintă aproximativ 1/3—1/4 din doza hipnotică ;
- anticonvulsivante, prin produsul Fenobarbital, vechi şi totuşi actual agent medicamentos selectiv al crizelor convulsive, care permite controlul acestora într-un mare număr de cazuri ;
- anestezice, în chirurgie, în cazul barbituricelor cu acţiune ultrarapidă ;
- anxiolitice, în narcoanaliză şi narcoterapie (locul le-a fost de multă vreme ocupat prin obţinerea anxiolizei terapeutice curente de către benzodiazepine).

● *Efecte secundare* ; reducerea volumului respirator pe minut (pînă la accidente mortale) ; laringospasm (în administrarea intravenoasă a barbituricelor ultrarapide) ; hipertensiune arterială (în intoxicaţii sau administrări rapide intravenoase), prin reducerea volumului cardiac cu 25% ; alterări hepatice.

● *Interacţiuni medicamentoase*. Se datoresc în special fenomenului de inducere enzimatică a enzimelor ce participă la metabolizarea barbituricelor : cu anticoagulantele cumarinice (creşterea formării enzimelor microzomale hepatice, cu reducerea răspunsului la anticoagulantul de tip cumarinic) ; cu aminopirina, griseofulvina şi hexaclorbenzenul (care pot induce formarea enzimei ce controlează sinteza porfirinei, respectiv sinteza acidului aminolevulinic) — de aici contraindicaţia barbituricelor în porfiria acută intermitentă ; cu fenitoina (fenobarbitalul poate induce enzime microzomale responsabile de propria metabolizare, dar şi de biotransformarea fenitoinului pe care îl anihilează).

55. BARBITUROMANIE (barbituric ; cf. gr. *mania* „nebunie") — sin BARBITURISM ; INTOXICAŢIE CU BARBITURICE ● Tulburări psihice şi fizice (de tip toxicomanic) rezultate din consumul abuziv de produse barbiturice, antrenînd în timp fenomenul

Tabel nr. XXIX

Formele clinice ale intoxicației cu barbiturice

	Durată, mecanism, doze	Semne psihice	Semne neurologice și generale	Principii de tratament
1	2	3	4	5
INTOXICAȚIA ACUTĂ (COMA BARBITURICĂ) ● formă ușoară	● ≤ 1,5 g; ● voluntară, în scop suicidar; ● eroare de dozare.	● stare de ebrietate (excitație); ● obnubilare, incoerență; ● scăderea atenției; ● tulburări emoționale; ● fragmente halucinator-delirante;	● ataxie; ● dizartrie; ● greață, vărsături; ● dezinhibiție corticală	● măsuri de prim ajutor la spitalul clinic de urgență; ● indicația de a consulta un medic psihiatru;
● formă gravă	● 1,5—2 g; ● greșeli de dozare; ● potențare prin alcool/alte tranchilizante; ● substrat organic alterat	● tulburări profunde intermitente ale stării de conștiență; ● agitație psihomotorie; ● episoade halucinator-delirante ± automatism mintal (în comele prelungite în 3—6 zile).	● hipotonie; ● reflexe abolite; ● Babinski pozitiv; ● midriază: mioză; ● stertor; ● tulburări de deglutiție; ● hipertermie; ● complicații pulmonare; ● oligurie	● intervenție promptă; ● provocarea vărsăturilor, lavaj gastric; ● stricnică — doze mari; ● antibioterapie profilactică; ● măsuri de terapie intensivă.
INTOXICAȚIA SUBACUTĂ	● timp îndelungat; ● doze mari de barbiturice.	● obtuzie; ● episoade onirice.	● tremurături; ● dizartrie; ● ataxie; ● nistagmus; ● pareze oculomotorii; ● diplopie; ● areflexie	● izolarea într-o secție de psihiatrie; ● reducerea progresivă a dozelor de barbiturice în 14—21 zile; ● prevenirea sindromului de abstinență (supraveghere atentă).

Scanned with OKEN Scanner

INTOXICAŢIA CRONICĂ (TOXICOMANIA BARBITURICĂ)	• > 3—6 luni consum zilnic ; • narcomania insomniacilor cronici • tratamentul cronic al epilepsiei (> 30 ani).	• vîscozitate ; • lentoare psihomotorie, • irascibilitate, disforie, depresie ; • stare psihopatoidă ; • sindrom demenţial.	• nistagmus ; • ataxie ; • tremurături fine ; • anorexie ; • urticarie, edem Quincke ; • hepatită cronică evolutivă ; • diplopie ; • ameţeli.	
SINDROM DE ABSTINENŢĂ (intermitent la scăderea bruscă a dozelor)		• agitaţie psihomotorie ; • insomnie rebelă ; • halucinaţii auditive ; • delir paranoid.	• paloare, transpiraţii ; • tremurături generalizate ; • hipertensiune arterială ; • tahicardie ; • febră ; • convulsii.	
PSIHOZE BARBITURICE (delimitare imprecisă) • pseudoparalizia generală barbiturică • sindrom pseudomaniacal • sindrom delirant halucinator (sevraj)	• timp îndelungat + doze mari de barbiturice	• obtuzie ; • episoade onirice ; • scăderea atenţiei şi memoriei ; • diminuarea capacităţii de judecată ; • coborîrea nivelului etic ; • sindroame delirante + agitaţie psihomotorie.	• tremurături ; • dizartrie ; • ataxie ; • nistagmus ; • pareze oculomotorii ; • diplopie ; • areflexie ; • tulburări de conştiinţă; • convulsii.	• susţinerea generală a organismului (6 săptămîni — 3 luni) ; • vitamina B, C (doze mari) ; • stricnină (doze mari) ; • tratamentul insomniei cu NL — fenotiazină ; se vor evita tranchilizantele ; • psihoterapie.

Scanned with OKEN Scanner

de toleranţă şi dependenţă, cu respercusiuni negative asupra organismului. Deşi este considerat în general ca aparţinînd formelor minore de toxicomanie, barbiturismul este un fenomen redutabil în clinica psihiatrică, mai ales cînd este asociat alcoolismului. O serie de factori au contribuit, în timp, la instalarea acestui tip de „manie" în rîndul afecţiunilor psihiatrice generate de abuzul unor droguri, fie ele chiar şi îmbrăcate în haina medicamentului. Numărul mare de produşi farmaceutici de sinteză (peste 3 000 de săruri ale acidului barbituric în ultimele 2—3 decenii, dintre care aproximativ 50 sînt comercializate ca hipnotice), incidenţa mare a simptomului ţintă — insomnia şi anxietatea care o însoţeşte —, accesul facil la aceste medicamente, ca şi nevoia de a reînnoi efectul obţinut (prin apariţia fenomenului de toleranţă), toate acestea au generat un abuz considerabil şi o veritabilă dependenţă fizică (nu numai psihologică), cu recurgerea la doze mult crescute faţă de nivelul terapeutic (în cazul barbituricelor, perioada de ingestie ar necesita peste 1—2 luni pentru apariţia fenomenului de dependenţă). Diverşi autori sînt unanimi în a sublinia că toate căile cunoscute de administrare a barbituricelor au şanse egale în dezvoltarea toxicomaniei, aspect care a luat în unele ţări amploarea unei probleme de sănătate publică. Astfel, în S.U.A., barbiturismul a reprezentat în 1980 cauza a 6% din cazurile de suicid şi 18% din cazurile decesului prin accidente, producînd circa 15 000 de morţi anual. Se includ aici şi accidentele copiilor care ajung prea uşor la stocurile de barbiturice ale adulţilor. După modalitatea de realizare a intoxicaţiei, în care durata folosirii abuzive a barbituricelor, ca şi doza la care s-a ajuns, reprezintă parametri importanţi, POROT propune clasificarea prezentată în tabelul nr. XXIX.

Diagnosticul diferenţial al barbiturismului se face mai ales cu alcoolismul cronic, dar subiectul, deşi pare beat, nu miroase a etanol, iar în sîngele şi în urina sa pot fi puşi în evidenţă metaboliţi ai medicamentului barbituric. Testul de încărcare cu barbiturice, sub forma a două doze de pentobarbital administrat oral la şase ore interval, va confirma sau nu etiologia barbiturică, prin apariţia somnolenţei, nistagmusului şi dizartriei (factori ai toleranţei scăzute a subiectului)

56. **BAR-DEX**(M) Franţa — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent (+)-α-metilfenetilamină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

57. **BARÉ-LIÉOU**(S) *sindrom* ● Sindrom realizat prin spasmul arterei vertebrale; are aceleaşi manifestări clinice ca şi cele din sindromul Babinski-Nageotte, dar prezintă un caracter pasager, spre deosebire de cel determinat de tromboza aceleiaşi artere → BABINSKI-NAGEOTTE(S) sindrom.

58. **BAREM** (fr. *barème*; de la Barrême, matematician din secolul al XVII-lea) ● În psihologie, sistem de referinţă (similar unităţilor metrologice din fizică, mecanică etc.), în evaluarea performanţelor subiectului privind eficienţa unor procese şi capacităţi psihice (gîndire, inteligenţă, atenţie, memorie) şi în aprecierea unor trăsături de personalitate. Baremul presupune etalonarea şi standardizarea răspunsurilor la diferite probe, pe o populaţie dată, prin metode statistice şi implică o clasificare a răspunsurilor standardizate (de exemplu, nivele de inteligenţă, profile de personalitate), stabilindu-se astfel diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte eficienţa proceselor psihice sub aspect performanţial şi sub aspect adaptativ. Termenul poartă numele matematicianului francez BARRÊME (secolul al XVII-lea), care l-a introdus în circulaţie → ETALON.

59. **BARESTEZICE**(H) *halucinaţii* (cf. gr. *baros* „greutate"; *asisthesis* „senzaţie". ● Percepţii cu caracter halucinator ale baresteziei. Sînt foarte greu de definit şi încadrat, datorită lipsei de precizie în descrierea senzaţiilor legate de presiune, mai ales atunci cînd ele se referă la ţesuturile, organele şi articulaţiile situate în profunzime. De altfel, unii autori nu le recunosc existenţa, considerîndu-le cenestopatii. Alţi autori le încadrează în categoria iluziilor, admiţînd existenţa unui stimul real (presiunea), perceput greşit.

60. **BARI** —(cf. gr. *barys* „greu") ● Element de compunere cu ajutorul căruia se exprimă ideea de dificultate a unei activităţi sau acţiuni.

61. **BARIDINIE** (cf. gr. *barys*; *odis* „durere violentă") ● Termen utilizat rar, desemnînd o algie de intensitate supraliminală, cu caracter acut şi insuportabil.

62. **BARIERĂ** (fr. *barrière*) ● Termen folosit, cu sens metaforic, în psihanaliză, pentru a desemna un sistem defensiv îndreptat împotriva unor tentaţii inacceptabile moral. „Ba-

rierele" țin de instanțele Supraeului și împiedică desfășurarea unei manifestări legate de nivelul instinctiv-pulsional. Termenul este folosit și în psihiatrie pentru a indica gradul în care anumite comportamente etico-morale sînt respectate de subiect. Alcoolismul, demențierea, episoadele maniacale, toxicomaniile sînt cîteva din circumstanțele în care aceste bariere etico-morale nu sînt respectate. De asemenea, comportamentul personalităților dizarmonice este deseori marcat de nerespectarea acestor bariere.

63. BARIERĂ HEMATO-ENCEFALICĂ ● Denumire dată unui complex morfo-funcțional avînd rolul de a asigura homeostazia creierului și a lichidului cefalorahidian, reglînd electiv schimburile dintre sînge și lichidul cefalorahidian sau parenchimul cerebral.

Anatomic este constituită din endoteliul vaselor capilare, membrana bazală a acestora și un manșon pericapilar de celule gliale. Endoteliul capilarelor cerebrale este continuu, celulele fiind strîns unite între ele. Funcțional, bariera hemato-encefalică își datorează rolul mecanismelor de transport pasiv și, mai ales, activ, sistemelor enzimatice și energetice complexe, activității metabolice celulare. Greutatea moleculară a diverselor substanțe, gradul lor de ionizare, liposolubilitatea, prezența sistemelor enzimatice și de transport interferează cu proprietățile barierei hemato-encefalice și fac ca unele substanțe (cu greutate moleculară mare, fără specificitate metabolică) să nu o poată parcurge, în timp ce altele au un acces diferențiat. Unele substanțe datorează posibilitatea de a străbate bariera, unor caracteristici fizico-chimice — grad scăzut de ionizare, liposolubilitate crescută (hormoni steroizi, alcool) —, altele beneficiază de sisteme de transport specific (glucoză, aminoacizi etc.). Factorii plasmatici ca Ph-ul, titrul proteinelor circulante, intervin și ei în dinamica schimburilor. Complexul morfo-funcțional care formează bariera hemato-encefalică lipsește în regiuni ca: aria postrema bulbară, corpul pineal, hipofiza, zona endocrină a hipotalamusului. Reglarea neuroendocrină și electrolitică de către sistemul nervos central necesită un acces direct între neuroni și fluxul sanguin în aceste zone. Ea ar putea interveni în acomodarea sistemelor receptoare centrale activate de substanțe ce nu pot străbate bariera. Aceasta lipsește și în rețeaua vasculară a tumorilor cerebrale, fapt ce oferă posibilitatea localizării lor, introducînd izotopi radioactivi în fluxul sanguin. Concentrația în creier a unor neuromediatori (noradrenalină, adrenalină, acetilcolină, serotonină, dopamină) este menținută constantă, trecerea lor liberă în sînge putînd avea urmări catastrofale. Dimpotrivă, precursorii lor biochimici au un acces facilitat, de obicei, prin transport activ. Acest fapt asigură sinteza locală a mediatorilor.

Cunoașterea aspectelor legate de funcționarea barierei hemato-encefalice are importante implicații terapeutice. Farmacocinetica unor substanțe psihotrope joacă un rol determinant în eficacitatea administrării lor. Astfel, Levo-dopa, precursor al dopaminei, este utilă în terapeutică, avînd acces prin barieră, în timp ce dopamina nu o poate străbate. Droperidolul este un neuroleptic fără acces prin bariere, dar acest fapt are consecințe favorabile, produsul putînd fi utilizat în tratamentul stării de vomă, fără riscul unor efecte secundare (exceptînd riscul unui efect central prin acțiune directă la nivel bulbar). Dacă se are în vedere o acțiune de tip psihotrop, este necesar ca substanțele folosite să poată străbate în cantitate suficientă bariera hemato-encefalică (fără a crește dozele administrate peste nivelele admisibile). În parte, efectul antidepresiv al seismoterapiei și al produșilor IMAO se datorește efectului lor de creștere a permeabilității barierei hemato-encefalice.

64. BARIERĂ — *incest* ● Termen psihanalitic cu referire la apărarea Eului împotriva impulsiunilor incestuoase; se formează în perioada sexualizării relațiilor obiectuale. Termen rar utilizat în prezent → INCEST.

65. BARIFONIE (cf. gr. *barys* „greu"; *phone* „voce, sunet") ● Voce cu timbru gros, răgușită — posibilă manifestare histrionică.

66. BARIGLOSIE (cf. gr. *barys*; *glossa* „limbă") ● Dificultate în pronunțarea cuvintelor în condițiile în care limbajul este inteligibil, întîlnită în mod normal la copii în învățarea limbajului vorbit și la adulții care încearcă să învețe o limbă străină; în psihiatrie poate fi expresia unor boli (nevroze, reacții, debutul unor demențe) sau consecutivă medicației (neuroleptice, barbiturice).

67. BARILALIE (cf. gr. *barys*; *lalein* „a vorbi") ● Tulburare de limbaj, manifestată prin dificultăți în articularea cuvintelor, avînd drept consecință o totală neinteligibilitate, aspect care o diferențiază de BARIGLOSIE. Este întîlnită în special în evoluția demențelor organice — după unii autori, mai ales în cea de origine luetică.

68. **BARITIMIE** (cf. gr. *barys* ; *thymos* „suflet") ● Termen folosit în lucrările franceze de psihiatrie de la sfîrşitul secolului al XIX-lea pentru a defini o dificultate în exprimarea emotivităţii, făcînd parte din grupul tulburărilor de afectivitate. Ulterior a fost folosit din ce în ce mai sporadic, în prezent ajungînd să nu mai fie utilizat.

69. **BARLOW(B)** *boală* ● Dificultate (pînă la imposibilitate) a mişcărilor membrelor care, la prima vedere, realizează aspectul unei paralizii, însoţite de astenie, cefalee, tulburări de sensibilitate. Examenul atent evidenţiază existenţa unor hematoame subperiostice ; este o avitaminoză cunoscută şi sub numele de SCORBUT INFANTIL.

70. **BARNES** — *hipopsihoză* ● Modificări ale activităţii psihice de etiologie organică; se caracterizează prin scăderea globală a nivelului de eficienţă al funcţiilor psihice, „fără să se dezvolte o psihoză în sens clinic" (1929). Concepţia autorului, care mai descrie apsihoze, hiperpsihoze şi parapsihoze, este destul de elementară şi nu prezintă decît interes istoric.

71. **BARNETIL(M)** Belgia, Canada, Franţa, Grecia — DCI *Sultopridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-(etilsulfonil)-0-anisamidă, cu acţiune anxiolitică şi antidepresivă, dar fără efecte sedative. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

72. **BAROFOBIE(F)** (cf. gr. *barys* ; *phobos* „frică") ● Teamă nejustificată de gravitaţie. Prezintă interes mai ales pentru a demonstra cît de nejustificată poate fi o fobie, cu atît mai mult cu cît forţa gravitaţională acţionează asupra tuturor indivizilor, fiind în acelaşi timp elementul de normalitate al vieţii terestre. Este rar întîlnită. Mai frecvent se întîlneşte dorinţa de a învinge gravitaţia (idei, teorii sau mecanisme). Termenul este uneori utilizat şi în sensul fricii de greutate (figurativ), de seriozitate — dar în genere nu are circulaţie sub această accepţiune.

73. **BAROGNOZIE** (cf. gr. *barys* ; *gnosis* „cunoaştere") — antonim ABAROGNOZIE ● Posibilitatea determinării greutăţii pe care o au obiectele fără participare vizuală. Este utilizată ca probă în examenul neurologic.

74. **BARORECEPTORI** (cf. gr. *barys* ; receptor : fr. *récepteur*) — sin. BAROCEPTORI ; PRESORECEPTORI ● Receptori nervoşi din categoria mecanoreceptorilor, sensibili la presiune, vibraţii, distensia structurilor organelor interne. După tipul de sensibilitate pe care o deservesc pot fi : exteroreceptori, proprioceptori şi interoceptori. Un tip de exteroreceptori cu funcţie baroceptivă îl reprezintă corpusculii Vater-Paccini situaţi în hipodermul de pe faţa palmară a mîinii, faţa plantară a piciorului şi degetelor, hipodermul braţului, al cefei, pe organele genitale ale ambelor sexe. Tot corpusculii Vater-Paccini acţionează ca proprioceptori localizaţi în periost, în membranele interosoase ale antebraţului şi gambei, în jurul articulaţiilor. Un rol deosebit de important îl au baroreceptorii cu funcţie interoceptivă care au fost puşi în evidenţă în pereţii atriali, în vecinătatea orificiilor de vărsare ale vaselor mari, în pereţii ventriculului stîng, în circulaţia pulmonară, în crosa aortei şi în sinusul carotidian, în circulaţia abdominală. Cu excepţia baroreceptorilor abdominali, care se pare că au rol în special local, ceilalţi intervin în condiţii fiziologice, tamponînd eventualele modificări ale tensiunii arteriale sistemice, prin influenţe exercitate asupra centrilor bulbari cardioinhibitor şi vasomotor, asupra constelaţiei endocrine (cu efect asupra mecanismelor de reglare a volumului lichidelor extracelulare). Tot prin intervenţia baroreceptorilor are loc o sincronizare a funcţiei respiratorii, modificările ventilatorii realizate concomitent cu adaptarea cardiocirculatorie asigurînd schimburile gazoase la un nivel corespunzător necesităţilor tisulare.

75. **BARR(T)** *test* ● Metodă de evidenţiere a cromatinei sexuale, formaţiune microscopică, nucleară, prin care se poate preciza sexul celulelor somatice aflate în interfaze („sex nuclear"). Încă din 1948 BARR şi BERTRAM au demonstrat că în celulele organismului feminin există un corpuscul (corpuscul Barr) intens colorabil şi lipit pe faţa internă a membranei nucleare. S-a demonstrat apoi că într-o celulă somatică, numărul corpusculilor sexuali este cu o unitate mai mic decît numărul cromozomilor X (deci, în celulele cu un singur cromozom X, corpusculul nu va fi observat), astfel încît la bărbaţii normali, corpusculul Barr lipseşte iar la femeile normale apare cu o frecvenţă de 3—5% pînă la 20—50%. Fiind legată constant de sexul cromozomial, evidenţierea cromatinei sexuale este utilă pentru diagnosticul de sex, atunci cînd există dubii în această privinţă. SMITH şi DAVISON descriu corpusculii Barr în leucocite bazofile şi neutrofile.

Cromatina sexuală poate fi evidenţiată în frotiul de sînge periferic, în frotiul de mucoasă

bucală și pe secțiuni de țesuturi. Testul cromatinei sexuale se utilizează în diverse scopuri, printre care: afecțiuni determinate de anomaliile cromozomilor sexuali — sindrom Klinefelter, sindromul Turner, sindromul de „superfemelă"; anomaliile de sex de tipul hermafroditismului adevărat și pseudohermafroditismului pentru diagnosticul de sex înainte de naștere — din lichidul amniotic; în medicina legală și juridică pentru stabilirea sexului victimei; în studiul tumorilor pentru: relevarea naturii tumorii (de exemplu, în tumorile virilizante la femei, sexul cromatinian este de tip feminin, ca și în teratoamele feminine etc.), stabilirea gradului de malignitate al tumorii (raport invers proporțional între malignitate și frecvența corpusculilor Barr); în grefele de măduvă osoasă pentru a indica acceptarea sau respingerea grefei.

76. **BARRÉ**[S] *sindrom* sin. ALGII DIFUZANTE POSTTRAUMATICE; EXTENSOPROGRESIV[S] sindrom; NEVRITĂ ASCENDENTĂ (FICARD); NEVRITĂ IRADIANTĂ (GUILLAIN) sin. → LERICHE[S] sindrom.

77. **BARUK Henri** (1897) ● Psihiatru francez de prestigiu, profesor de psihiatrie la Universitatea din Paris (1926) și medic șef al Casei Naționale din Saint Maurice (1932); este autorul unui număr impresionant de studii privind cercetarea experimentală a particularităților neurofiziologice și biochimice din patologia psihică, cu predilecție din marile sindroame clinice: „Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales" (1926); „La catatonie expérimentale par la bulbocapnine" (1930); „Les psychoses colibacillaires. Etude clinique et pathogénique" (1933); „La désorganisation de la personnalité" (1952) ș.a. S-a preocupat deopotrivă de problemele morale, sociale și juridice pe care le ridică boala psihică („Psychiatrie expérimentale", 1945); de metodele de explorare a personalității patologice („Le test Tsédek, le jugement moral et la délinquance", 1950; „Traité de psychiatrie", 1959; „De l'objectivité à l'inhumanité" ș.a.), și a propus sub titlul de „chitammie" o variantă specială de psihoterapie (de redresare morală). A susținut că aplicarea lobotomiei în psihoze este lipsită de fundament științific, determinînd leziuni ireversibile ale creierului, și a pledat pentru o dublă formație de psihiatru-neurolog, ca modalitate de înțelegere riguroasă și complexă a tulburărilor psihice.

78. **BARUK** *metodă* ● Metodă de psihoterapie rațională în care psihoterapeutul induce bolnavului o atitudine optimistă față de problema însănătoșirii și îi oferă o serie de soluții pentru o adaptare mai bună în mediul său obișnuit.

79. **BARUK**(T) *test* ● Metodă de depistare a „capacităților morale de judecată", pe care autorul o implementează în jurul anului 1950. Testul încearcă evidențierea poziției individuale a examinatului în fața unor situații conflictuale standardizate în descriere. Folosindu-ne, ca și în alte teste (Rosenzweig, de exemplu), măsura în care subiectul se proiectează și se identifică cu personajul frustrat din tema supusă analizei, se urmărește atît corectitudinea raționamentelor, cît și încărcătura afectivă a răspunsului. Scalele de evaluare stabilesc în acest mod diferențe esențiale între răspunsurile normalilor și cele ale bolnavilor schizofreni.

80. **BASAGLIA Franco** (1924—1980) ● Promotorul mișcării antiinstituționale în psihiatria italiană, considerînd reevaluarea dialogului medic-pacient nu numai ca necesară, dar și ca obligatorie. Adept al comunităților terapeutice, se situează net împotriva spitalelor de psihiatrie în vechea lor accepțiune. Este considerat unul din inițiatorii legii italiene din 13 mai 1978, pe care BALDUZZI o rezumă la trei elemente esențiale: dispariția mijloacelor de constrîngere, sectorizarea asistenței psihiatrice și subordonarea tuturor unităților de asistență formațiunii extraspitalicești, internarea în spitale rămînînd o ultimă și extremă decizie.

În mod eronat este considerat de unii un antipsihiatru. Nu a militat împotriva psihiatriei, ci a instituțiilor sale anacronice și necorespunzătoare; a confunda *„ideea cu zidul"* este cu mult mai antipsihiatric decît ceea ce a făcut BASAGLIA pentru psihiatria italiană, care nu a dispărut odată cu aplicarea legii din 1978, așa cum se temeau unii dintre contemporanii lui.

81. **BASCINA**[s] *simptome* ● Simptome din psihopatologia schizofreniei infantile, descrise de autoarea sovietică în 1980, care apar la vîrste preșcolare, grupindu-se în jurul triadei anxietate-frică-negativism și determinînd o modificare deosebită și inexplicabilă a comportamentului față de părinți și, cel mai adesea, a comportamentului alimentar. Imposibilitatea corectării acestui comportament, lipsa oricărei motivații raționale, instabilitatea psiho-

Scanned with OKEN Scanner

motorie, coloratura sa afectivă, au făcut-o pe autoare să-l asemene pe bună dreptate cu un „prototip" al comportamentului delirant.

82. **BASEDOW**[B] *boală* — sin. FLAJANI[B] boală; GRAVES[B] boală; GRAVES-BASEDOW[B] boală; GUŞĂ EXOFTALMICA • Tip de hipertiroidie benignă, produsă prin mecanism autoimun. ADAMS şi PURVES (1956) evidenţiază în plasma hipertiroidienilor o imunoglobulină cu efect stimulator tiroidian — LATS (long acting thyroid stimulator), avînd un timp de înjumătăţire mult mai prelungit decît al TSH-ului (thyreo stimulating hormone) şi acţiune similară cu acesta. Acţiunea LATS se exercită şi se menţine independent de hipofiză. Una dintre caracteristicile principale ale bolii este dispariţia mecanismelor de conexiune neurotiroidiană. A fost descris experimental, Basedow-ul „de spaimă" (aşa-numitul „Schreck Basedow"), evidenţiindu-se o hipersecreţie în lanţ de TSH, TRH (thyreo releasing hormone), T_4 (tetraiodtironină sau tiroxină), T_3 (triiodtironina) în cursul şocurilor emotive. Triada clinică este compusă din tireotoxicoză, exoftalmie, guşă. Psihosindromul bolii Basedow cuprinde simptomele comune hipertiroidiilor în general: tulburări mnezoprosexice, iritabilitate, labilitate emoţională, anxietate, stări depresive, astenie, nelinişte psihomotorie, insomnii. Este posibilă apariţia unor episoade psihotice de tip schizofreniform, maniacal, depresiv, paranoic.

83. **BASSEN-KORNZWEIG**[B] *boală* — sin. ABETALIPOPROTEINEMIE; ACANTOCITOZĂ; DEGENERESCENŢĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ ŞI STEATOREE • Afecţiune descrisă în anul 1950 de A. F. BASSEN şi L. A. KORNZWEIG; este o eredopatie rară, transmisă recesiv-autosomal, caracterizată clinic prin tulburări digestive precoce (tip malabsorbţie intestinală), tulburări neurologice ce apar după vîrsta de 5—10 ani (ataxie cerebeloasă, tremor intenţional, mişcări atetozice, hipo- sau areflexie osteotendinoasă, tulburări de sensibilitate profundă, mioatrofii la nivelul centurii scapulare sau al extremităţilor), tulburări oculare (retinită pigmentară), tulburări psihice (oligofrenie) şi tulburări hematologice (acantocite — 80%) Biochimic, boala Bassen-Kornzweig se caracterizează prin absenţa în plasmă a betalipoproteinelor, rezultat al incapacităţii genetice a organismului de a le sintetiza. Tulburările neurologice şi oculare au mecanisme patogenice incomplet elucidate, incriminîndu-se un defect primar sau secundar scăderii lipidemiei, carenţă de acizi graşi esenţiali, avitaminoză A sau E. Evoluţia şi prognosticul sînt în general nefavorabile. Uneori, după vîrsta de 3—4 ani, simptomele digestive se pot ameliora. Tratamentul constă în suprimarea grăsimilor din alimentaţie şi înlocuirea lor cu trigliceride.

84. **BATARISM** (cf. gr. *battarizo* „a vorbi neclar") • Tulburare a limbajului vorbit, rezultată în urma accelerării ritmului exprimării verbale, avînd drept consecinţă o incorectă pronunţare a cuvintelor astfel încît acestea pot deveni incomprehensibile. Apare în stări de surmenaj, surescitări, manie, intoxicaţie acută amfetaminică.

85. **BATE, A FI BĂTUT** • Noţiune desemnînd, în concepţia psihanalitică, o fantasmă a cărei analiză i-a oferit ocazia lui FREUD să creeze eseul „Un copil este bătut". Această fantasmă, ale cărei semnificaţii sînt complexe, este diferită la bărbat şi la femeie; ea trimite în ambele cazuri la imaginea parentală bisexuată şi la raportul pasivitate-activitate (P. FEDIDA). Fantasma, după opinia autorilor, este implicată în perversiunile sexuale (sadism, masochism), prin erotizarea durerii şi în inhibiţiile sexuale la subiecţi la care actul sexual are inconştient semnificaţia unei agresiuni → SADISM, MASOCHISM, AGRESIVITATE.

86. **BATERIE DE TESTE** (engl. *test battery*) • Ansamblu de teste (probe standardizate) prin care se investighează însuşiri, procese sau capacităţi psihice diferite, în scopul realizării unei predicţii asupra reuşitei într-o anumită sferă de activitate sau funcţie socială.

Există baterii de teste de aptitudini (tehnice, intelectuale, profesionale, motorii, artistice), de interese, de cunoştinţe. Testele incluse într-o baterie trebuie să fie în acelaşi timp valide (să se coreleze puternic cu criteriul asumat) şi independente (să concorde cît mai puţin unele cu altele). Bateriile de aptitudini, ca şi cele de inteligenţă şi de cunoştinţe sînt utilizate din ce în ce mai frecvent în orientarea şcolară (de exemplu, bateria trifactorială Sarton) şi în selecţia profesională (în transporturi, aviaţie, artă, tehnică etc.). Pentru rezolvarea unei mari varietăţi de cerinţe practice, au fost elaborate şi aplicate numeroase baterii de teste, mai cunoscute putînd fi considerate:

Bateria Bonnardel de reacţii complexe (RCB), pentru testarea dexterităţii, este utilă în examenele de selecţie din transporturi (unde există un potenţial de accidente relativ crescut). În studierea motricităţii generale se foloseşte bateria Oseretki (utilizată şi în cli-

Scanned with OKEN Scanner

nică). Aptitudinile tehnice speciale, care presupun înțelegere și inteligență practică, rapiditate perceptivă și memorie, factor spațial și dexterități digitale, acuitate senzorială și precizie, sînt evaluate pe baza bateriilor DAT (the Differential Aptitude Tests), FACT (Flanagan Aptitude Classification Tests) și GATB (General Aptitude Test Battery, creată de B. DVORSAK). În psihodiagnoza aptitudinilor artistice (plastice, muzicale) se utilizează mai des: The Horn Art Aptitude Inventary (cuprinzînd exerciții de schiță, compoziție și desen); The Knauber Art Ability Test; The Wing Standardized Test of Musical Intelligence și The Forum Music Notation Test. În domeniul ingineresc, se utilizează bateria cu șase teste a lui B. V. MOORE și colaboratorii: The Engineering Physical Aptitude și Stanford Aptitude Test. Aptitudinile în diferitele ramuri ale medicinei se testează prin: Aptitude Test for Medical Students (cuprinzînd probe de acuitate vizuală, memorie, vocabular științific, definiții moderne etc.) sau Medical College Admission Test, pentru care la noi în țară există o adaptare realizată de dr. MAXIMILIAN și colaboratorii săi.

În psihiatrie bateria de teste constituie un adjuvant pentru diagnostic și pentru stabilirea nivelului de performanță în diferite stadii defectuale ale remisiunilor schizofrenilor, în evaluarea nivelului intelectual în unele cazuri medico-legale; în general, folosirea unei baterii de teste și a unor inventare de personalitate, în psihiatrie vizează aprecierea unor modificări produse de boală la diferite nivele ale personalității.

87. **BATIESTEZIE** (cf. gr. *bathys* „adînc"; *aisthesis* „senzație") ● Tip de sensibilitate profundă mioarticulară (conferită de terminațiile din mușchi, articulații, tendoane, periost) privind mișcările și poziția corpului.

88. **BATOFOBIE(F)** (cf. gr. *bathys*; *phobos* „frică") ● Teamă exagerată, nejustificată, patologică de adîncime (terestră): prăpăstii, văi, defileuri, care se asociază, deseori, cu fobia de înălțime. Este mai puțin rară decît alte fobii; poate fi însă și expresia unor deficite senzoriale (vedere, echilibru).

89. **BATRACOFOBIE(F)** (cf. gr. *batrachos* „broască"; *phobos*) ● Teamă patologică de broaște, în absența unei experiențe negative anterioare. Relativ rar întîlnită, este mai curînd o expresie a imaturității.

90. **BATTIE William** (1703—1776) ● Personalitate medicală cu pregătire și preocupări pluridisciplinare: anatomia la Cambridge, autor al unui manual de fiziologie, administrator al Spitalului Bedlam (Londra, 1743), creatorul și conducătorul Spitalului Saint-Luc (Londra, 1751); aici introduce ca principii de funcționare camera individuală pentru fiecare bolnav, existența unui personal cu calificare specifică, posibilitatea de atragere a studenților spre această disciplină medicală. În virtutea acestui ultim principiu, din 1753, medicii de la Saint-Luc vor deveni autorizați să formeze noi specialiști. Prin întreaga sa creație și experiență, BATTIE a lăsat o operă luminoasă într-un secol încă întunecat pentru psihiatrie; ideile sale vor prinde viață de abia în secolul al XIX-lea.

91. **BATTLE's** *semn* ● Apariția echimozelor retroauriculare și conjunctivale, însoțite de otoragie, în traumatismele craniene, evidențiind o fractură de stîncă temporală.

92. **BAVARDAJ** (fr. *bavardage*) ● Hiperactivitate verbală, care nu este însă consistentă în ceea ce privește conținutul de idei sau de informații. Apare, în special, la personalitățile isterice, uneori avînd drept scop atragerea atenției anturajului asupra propriei persoane; în stările anxioase, bavardajul poate avea semnificație compensatorie, reprezentînd o tentativă la disimulare a tensiunii și insecurității subiectului. A nu se confunda bavardajul cu discursul unei persoane pasionate de o temă anume, persoană care încearcă să centreze atenția grupului asupra temei respective.

93. **BAYER** — *confabuloză* ● Termen propus de autor în 1943, pentru a desemna o simptomatologie specifică perioadei de rezoluție a unor stări psihotice, considerată de unii autori ca o variantă a sindroamelor de tranziție Wick. Caracteristica acestui sindrom este abundența confabulațiilor sistematizate, fără dezorientare spațio-temporală, dar cu lacune mnestice care nu sînt compensate. Diferă de sindromul Korsakov prin prognostic, absența euforiei, instalarea postpsihotică și absența caracterului compensator al confabulațiilor. Uneori pot apărea idei delirante tranzitorii de grandoare, pe care se poate insera o tematică confabulatorie corespunzătoare.

94. **BAYER(D)** *delir* ● Descris în 1932, face parte din grupa delirurilor sistematizate, fiind asemănător cu delirul indus, de care se deosebește prin faptul că toți participanții sînt bolnavi psihici. Delirul cuprinde două sau mai multe persoane care trăiesc în proximitate și are determinări nu numai endogene,

Scanned with OKEN Scanner

ci și psihogene, cu caracter patoplastic notabil. În conformitate cu conținutul delirului, opoziția subiecților față de realitate nu se face ca individ, ci ca grup, în care inductorul nu mai poate fi indetificat. Prin această caracteristică se deosebește de psihozele simbiotice Scharffetter, mult mai apropiate de delirul indus.

95. **BAYLE Antoine-Laurent-Jessé** (1799—1858) ● Elev al lui LAËNNEC, lucrează ca intern la Maison Royale de Charenton ; în 1822, își susține teza cu titlul „Recherches sur les maladies mentales", în care descrie o stare demențială cu paralizie generală incompletă, moment esențial în psihiatrie, această afecțiune fiind, în fond, demența luetică sau ceea ce numim azi paralizia generală progresivă. Teza nu reprezintă decît începutul studiului său privind această boală, căreia îi fixează definitiv (1830—1840) tabloul clinic, încercînd în plus să-i găsească și suportul organic ; prin studii anatomopatologice, reușește să stabilească o corelație între arahnoidita cronică (natura sifilitică susținută, ca ipoteză, de FOURNIER, în 1879, este confirmată abia în 1913) și alienarea mintală. Această afecțiune — numită boala lui Baylle — devine un model anatomoclinic ideal și exclusiv, la care sînt raportate timp de o jumătate de secol toate afecțiunile mintale. Este cazul să amintim că, pînă la sfîrșitul secolului al XIX-lea, psihiatria era privită drept un fel de neurologie, tulburările psihice fiind în totalitate atribuite unor leziuni organice. Menționăm că, pentru cei neavizați, acest mod de a privi boala psihică, persistă ; ei suspectează prezența unei leziuni organice în afecțiunile psihice pe care nu le înțeleg, pentru simplul motiv de a nu se abate de la unicul model pe care-l cunosc.

96. **BAYLE(B)** *boală* ● Termen prin care este desemnată, în secolul al XIX-lea, paralizia generală progresivă. Numele i-a fost acordat în memoria celui care a descris-o → PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ.

97. **BAYTINAL(M)** R.F.G. ● Tiobarbituric puternic, dar cu acțiune de scurtă durată → BARBITURICE.

98. **BAZAL** (fr. *basal*) ● Noțiune care se referă la un nivel profund, la o structură stabilă. Mulți autori au descris o dispoziție bazală, drept o caracteristică a personalității individuale. Aceasta ar avea o constanță mult mai ridicată, variațiile ei fiind foarte lente. În psihozele afective endogene, după acești autori, cea care se modifică este dispoziția bazală, acest lucru fiind în concordanță cu ideea de profunzime a tulburării. Tonusul afectiv sau dispoziția bazală este o constantă personală specifică.

99. **BAZISTAZIFOBIE(F)** (cf. gr. *basis* „mers"; *stasis* „acțiunea de a se ține drept" ; *phobos* „frică") ● Frica de a staționa (de a se ridica), dar și de a merge, în absența unor motivații organice. Este întîlnită, de obicei, la personalitățile histrionice.

100. **BAZOFOBIE(F)** (cf. gr. *basis* ; *phobos*) ● Teama de a merge acceptînd însă posibilitatea de a păstra poziția de ortostatism. Este o variantă a precedentei forme de fobie, întîlnită în aceleași condiții.

101. **BĂTRÎNEȚE** (bătrîn : lat. *veteranus* ; sufixul -ețe) — sin. SENESCENȚĂ ● Perioadă din existența individului, debutînd în jurul vîrstei de 65 ani (așa cum afirmă majoritatea autorilor), caracterizată prin modificări specifice la toate nivelurile organismului : molecular, celular și tisular, la nivelul organelor și al funcțiilor, la nivelul personalității. Senescența, ca a treia perioadă a vieții (de aceea se folosește și expresia de „vîrsta a treia") urmează după perioada adultă. Îmbătrînirea poate fi normală (senescența) sau patologică (senilitate). MARCHAND propune o delimitare netă între îmbătrînirea „fiziologică", nepatologică, și patologia mintală a senilității. După BOURLIÈRE, senilitatea s-ar datora unei accelerări și exagerări în procesul normal de îmbătrînire. H. EY împarte senescența în două perioade :

- presenescența sau perioada de involuție (între 45 și 65 de ani) ;
- bătrînețea propriu-zisă (după 65 de ani).

Această împărțire, valabilă în general, devine arbitrară în cazul unui individ anume.

Pentru senescența normală, sub aspect biologic (după H. EY), în ceea ce privește organele, este caracteristică existența a două categorii de fenomene generale : scăderea în greutate a tuturor organelor, cu excepția creierului, a cărui diminuare ponderală este nesemnificativă, și creșterea nevrogliilor, în detrimentul celulelor neuronale, ceea ce are o mare importanță metabolică. Apar o serie de deficite funcționale (senzoriale și senzorio-motorii), datorită unei scăderi a mobilității sau a flexibilității în acomodare. La nivel celular și tisular, îmbătrînirea este marcată de reducerea și atrofia celulelor nobile (cea mai importantă este atrofia neuronală ; se produce, de asemenea, o atrofie a musculaturii striate, a mucoaselor, o reducere a

tuburilor glandulare) ; în paralel, se înregistrează proliferarea ţesutului interstiţial (oligodendroglia, fibrele de colagen etc.). Ca alterări intracelulare, se notează : diminuarea corpusculilor Nissl, supraîncărcarea lipidică şi pigmentară, hipercromatie, rarefierea protoplasmei. Întreg sistemul nervos central suferă aceste modificări neurocitologice. Modificările biochimice vizează : metabolismul apei (diminuarea apei intracelulare) ; echilibrul electrolitic (creşterea sodiului, clorului şi calciului, cu scăderea potasiului, magneziului, fosforului ; la nivelul creierului, aceste variaţii sînt mai mici decît la nivelul altor organe) ; leziunile intracelulare (diminuare importantă a activităţii enzimatice : reducerea activităţii lipozice determină o supraîncărcare lipoidică, ceea ce provoacă un deficit de oxidare, o scădere a metabolismului bazal).

Sub aspect psihologic senescenţa normală se caracterizează printr-un proces de îmbătrînire psihică care presupune, pe de o parte, o încetinire (lentoare generală) a tuturor funcţiilor psihice, pe de altă parte, o diminuare generală a vitalităţii, a energiei de investire, practic a tensiunii motivaţionale. În ceea ce priveşte funcţiile şi procesele psihice se notează :

- scăderea semnificativă a eficienţei reactivităţii bazale, a eficienţei prosexice şi mnezice (dificultăţi în ceea ce priveşte promptitudinea reacţiilor senzorio-motorii, diminuarea capacităţii de concentrare, fenomene de fatigabilitate în concentrare şi dificultăţi în achiziţia unor noi elemente ; diminuarea memoriei urmează legea lui RIBOT : vîrstnicul reţine foarte puţin sau deloc evenimente prezente sau apropiate, el reactualizează însă relativ corect evenimente petrecute în prima parte a existenţei sale) ;
- scăderea capacităţii de orientare în spaţiu şi a capacităţii de abstractizare ; diminuarea capacităţii analitice comparativ cu cea sintetică. În ceea ce priveşte facultăţile intelectuale (şi în special inteligenţa), s-a constatat că ele cresc rapid pînă la 25 de ani, se menţin oarecum în platou între 25 şi 60 de ani, scăzînd foarte lent, şi scad rapid după 60 de ani. WECHSLER, în bateria sa de inteligenţă a deosebit între „probe care ţin" (referitoare la funcţii/procese care se degradează foarte puţin cu vîrsta, ca de exemplu, vocabularul, capacitatea de comprehensiune) şi „probe care nu ţin" (referitoare la funcţii/procese care suferă o modificare importantă, de sens negativ, prin îmbătrînire ; de exemplu, calculul mintal, memoria de fixare, sesizarea similitudinilor). Randamentul cognitiv global, în special randamentul intelectual, la persoane de peste 60 de ani se corelează pozitiv cu gradul lor de instruire (nivelul informaţional şi cultural), dar şi cu gradul în care facultăţile mintale au fost solicitate şi exersate pe parcursul existenţei ;

Jordaens

- modificarea timiei spre polul depresiv, cu accentuare a laturii introversive (proces de repliere pe sine) ; scăderea cenzurii în ceea ce priveşte controlul emoţional (labilitate emoţională, datorată unui proces general de regresie, cu creştere a intoleranţei la frustrare) ;
- scădere a forţei de mobilizare voliţională (hipobulie) pe fondul scăderii generale a energiei motivaţionale ;
- accentuarea unor trăsături de personalitate (prudentul devine temător, cu înclinaţii hipocondriace ; cumpătatul devine avar ; meticulosul devine stereotip şi steril ; circumspectul devine bănuitor, senzitiv) ; accentuarea acestor trăsături se produce în grade diferite, în funcţie de calitatea lor anterioară (ele se accentuează cu atît mai mult, cu cît ele au

Scanned with OKEN Scanner

existat anterior ca trăsături nevrotice ; AJURIAGUERRA afirmă : „Îmbătrîneşti aşa cum ai trăit"). De reţinut este faptul că trăsăturile fundamentale ale personalităţii ies în evidenţă, ele nemaifiind armonios integrate în ansamblul personalităţii. Se vorbeşte, în procesul îmbătrînirii despre retrogeneză, înţelegîndu-se prin acest lucru inversiunea sensurilor, de la ascendent la descendent, comparativ cu evoluţia etapelor în perioada copilăriei ; retrogeneza, ca ansamblu de procese de dezintegrare, specifice îmbătrînirii, se supune aceleiaşi legi, ca şi psihogeneza, ca ansamblu al proceselor de formare şi integrare specifice creşterii, în copilărie.

H. EY defineşte trăsăturile psihologice ale vîrstei a treia drept „inerţie psihică" sau „psihoscleroză" şi le grupează astfel :

- pierderea fluidităţii mintale (dificultate de evocare a amintirilor şi efectuare a operaţiilor intelectuale, în genere) ;
- dificultatea achiziţiilor intelectuale noi ;
- dificultatea crescîndă a adaptării în situaţii noi ;
- perseverarea în teme repetitive ;
- modificările afectivităţii (cea mai importantă fiind diminuarea controlului asupra reacţiilor emoţionale) ;
- reacţii compensatorii (conservatorism extrem, cu rezistenţă la schimbare, trebuinţă de reafirmare sau întărire a afirmării morale şi sociale, autoritarism, ataşament excesiv de bunurile materiale proprii, datorită amplificării trebuinţei de securitate etc.) ; aceste manifestări cu semnificaţie compensatorie au intensităţi care pot atinge patologicul. Adăugăm că îmbătrînirea, ca retrogeneză, este un proces de regresie, de întoarcere inversă, în sens temporal (întoarcere la etape depăşite ale dezvoltării) şi în sens formal (moduri de expresie şi de comportament inferioare).

În general, se notează, la bătrîni, impresia unei accelerări a scurgerii timpului. O explicaţie posibilă ar fi, după unii autori, modificarea ritmurilor fiziologice — ipoteza nu şi-a găsit confirmări. S-a constatat că experienţa subiectivă a timpului, la bătrîn, depinde mai mult de situaţia prezentă, de trăirea pozitivă sau negativă, gratificantă sau frustrantă a acestei situaţii. Dispoziţia afectivă influenţează semnificativ trăirea timpului la vîrstnici ; s-au stabilit, în acest sens, analogii între experienţa timpului la depresiv şi la vîrstnic. În general, bătrînul acordă mai multă importanţă timpului, un an are o altă semnificaţie pentru un bătrîn, comparativ cu un tînăr. Atitudinea faţă de bătrîneţe, mai ales în ceea ce priveşte integrarea procesului de îmbătrînire, se reflectă esenţial în trăirea timpului ; acceptarea subiectivă a curgerii timpului presupune acceptarea, în cazul bătrînului, a apropierii de moarte, în ultimă instanţă, a acceptării iminenţei acesteia.

Îmbătrînirea nu se produce în acelaşi ritm la toţi indivizii. Ritmul îmbătrînirii este influenţat de : factori genetici acţionînd prin intermediul eredităţii, factori sociali, culturali şi economici, invalidităţi fizice, frecvenţa şi intensitatea stresurilor, menţinerea în activitate a diverselor funcţiuni, echilibrul psihic şi psihosomatic. Îmbătrînirea patologică → PATOLOGIA VÎRSTEI A TREIA.

102. **„BĂTRÎNUL ACUZATOR"** ● Expresie care desemnează reacţiile ostile şi revendicative ale bătrînului care consideră că îi lipseşte climatul, afectivitatea şi solicitudinea pe care el crede că le merită. Poate fi considerată drept o reacţie de abandon — mai corect, de fals abandon — sau o variantă a ideii de prejudiciu, în acest caz — moral → ABANDONUL BĂTRÎNULUI.

103. **BEARD**(B) *boală* ● Denumire sub care poate fi întîlnită NEURASTENIA, în unele lucrări de la finele secolului al XIX-lea. Ca entitate clinică, a fost descrisă de BEARD, în 1869, în „Boston Medical Surgical Journal". Articolul însă nu a atras atenţia decît zece ani mai tîrziu : în „New-York Medical Journal", autorul reia descrierea cu mai mult succes, pentru a-i da forma definitivă, în 1880, prin monografia „A practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)". Nu este lipsit de interes punctul de vedere etiologic al autorului : slăbirea resurselor fizice şi intelectuale, ca urmare a surmenajului produs de noul mod de viaţă (în perioada expansiunii industriale) unor organisme neantrenate pentru anumite eforturi excesive; de remarcat dispariţia aproape totală a acestei afecţiuni, în prezent, în unele colectivităţi care au depăşit acest stadiu, şi frecvenţa ei în alte colectivităţi, aflate încă în acest stadiu.

Anterior lui BEARD, simptomatologia de acest tip a mai fost descrisă şi de alţi autori : CERISE — 1841 : nevralgie proteiformă ; MONNERET — 1847 : nevroza de epuizare ; WALLEX — 1850 : nevralgia generală ; DEFAU — 1852 : eretism nervos ; DOUGENS — 1859 : nevropatie ; FRANK — 1861 : iritaţie spinală ; KRISHABER — 1864 : nevro-

patie cerebro-cardiacă. Descrierile lor nu au însă acuratețea descrierii realizate de BEARD, căruia, de altfel, nimeni nu-i contestă prioritatea → NEURASTENIE.

104. **BEARD Georges-Miller** (1839—1883) ● Originar din Connecticut, a absolvit Yale College și a obținut diploma de medic, în 1866, la Colegiul de Medicină din New-York. Preocupat inițial de aplicarea electricității în medicină, scrie în 1871, împreună cu ROKWELL, prima lucrare de electroterapie cunoscută atît în America, cît și în Europa. Principalul său merit este de a fi introdus în medicină conceptul de NEURASTENIE, denumind astfel, în 1869, astenia psihică permanentă, însoțită de variate manifestări funcționale. În 1881, în „American Nervousness, its causes and consequences", susține că această nevroză este „prin excelență americană", mai frecventă la sexul masculin, și o apreciază drept consecință a climatului american, a atmosferei lipsite de umiditate și cu o mare încărcătură ionică, cu mari variații de temperatură, dar și a ritmului trepidant de viață al populației din lumea nouă. În 1897, el susțiune că extensia masivă a alcoolului în secolul al XIX-lea este rezultatul dezechilibrului care apare în timpul „luptei" bolnavului neurastenic împotriva deficitului energetic pe care il resimte.

La începutul secolului al XX-lea, afecțiunea devine *„mai puțin americană"* și cunoaște o mare vogă în întreaga lume. Astăzi este în regres, în primul rînd în S.U.A. (diagnosticul de neurastenie nici nu mai figurează în DSM III). Zonele în care noțiunea mai prezintă încă un interes deosebit sînt tocmai acelea în care concepția nosologică unitară nu s-a cristalizat încă.

105. **BEATILINA**[M] Italia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. De reținut acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

106. **BEATITUDINE** (cf. lat. *beatitudo* „fericire" ; vezi și fr. *béat* „calm, fără grijă") ● În accepțiunea etimologică, beatitudinea caracterizează stări psihice de calm, seninătate, pe care imaginația oamenilor le atribuia sfinților din credința creștină ; termenul livresc semnifică starea de euforie extremă ce însoțește extazul (mistic). Beatitudinea este o stare absolută de euforie, care include detașarea, pasivitatea față de obiectivismul realității din jur, realizînd (fără a scăpa de sub controlul rațiunii) un echilibru spiritual superior. P. JANET accentua că această stare de bucurie este condiționată de uitarea (mai bine-zis, ignorarea) realității. Este un atribut psihologic al normalității, în situații particulare, generator de efecte pzitive. În psihiatrie beatitudinea se întîlnește în delirurile mistice, expansive și în intoxicația cu halucinogene euforizante.

107. **BEAUNIS Henri-Étienne** (1830—1921) ● Fiziolog de formație, conduce, din 1872, catedra de fiziologie a facultății din Nancy, unde vine în contact cu BERNHEIM, fiind influențat de acesta. În 1889, organizează la Sorbona, împreună cu A. BINET, primul laborator francez de psihofiziologie. Rod al aceleiași colaborări, apare în 1894 revista „L'année psychologique".

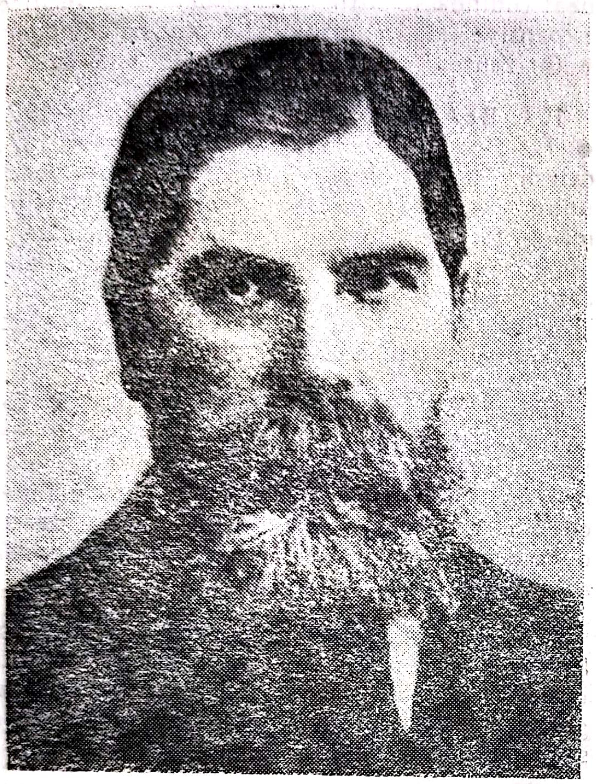
108. **BECHTEREV-MENDEL**[S] *semn* ● Cei doi autori au descris reflexul constînd în extensia ultimelor patru degete ale piciorului, prin percuția feței lui dorsale, în regiunea cuboidală (reflex cuboido-digital sau dorsocuboidal). În leziunile sistemului piramidal, acest reflex apare inversat.

109. **BECHTEREV**[S] *simptom* (*parasimbolie*) ● Tulburare de comunicare, apărută în leziunile parietale stîngi, cuprinzînd paragrafii și parafrazii ; se poate însoți de afazie senzorială.

110. **BECHTEREV Vladimir** (1857—1927) ● Psihiatru rus ; își desăvîrșește pregătirea în Germania (FLECHSIG, WESTPHAL, WUNDT) și Franța (CHARCOT), fiind întemeietorul Societății de neuropatologie și psihiatrie din Rusia (1887). Odată cu venirea sa la conducerea catedrei de boli mintale și nervoase din Petersburg, se poate vorbi de modernizarea învățămîntului clinic de psihiatrie din Rusia. A fost unul dintre promotorii aplicării metodelor obiective în psihologie. Avînd o serioasă formație de anatomist (a descris nucleul ce-i poartă numele) și de neurolog, el stabilește corelații complexe și își dezvoltă teoriile organiciste în lucrarea „Psihologia obiectivă" (Leipzig, 1913). Publică, de asemenea, o lucrare vizînd domeniul pasihologiei sociale : „Sugestia și rolul ei în viața socială", în care vorbește despre hipnoza în masă și „Reflexologia colectivă". În 1908, el fondează Institutul de psihoneurologie din Petersburg, pe care-l va conduce pînă la sfîrșitul vieții. Contemporan cu PAVLOV, își dezvoltă opera în paralel cu ilustrul său contemporan. Din păcate însă, între cei doi oameni de știință

deosebit de valoroși au existat divergențe de opinii și animozități insurmontabile.

111. **BECK** — *scală* ● Chestionar tip baterie, elaborat de A. T. BECK (1961), utilizat în psihiatrie pentru depistarea și evaluarea



Vladimir Bechterev

depresiei. Constă într-o listă cu 21 de simptome fiecare prezentînd patru sau cinci variante de răspuns, ordonate ierarhic (în ordinea crescătoare a intensității simptomului), subiectul trebuind să aleagă (alegere multiplă) răspunsul din cele patru sau cinci posibile. Simptomele inventariate se referă la: dispoziția de fond; anumite sentimente bine circumscrise (de ratare, vinovăție, autoacuzare, de lipsă a satisfacției etc.); tulburări hipnice, ale libidoului și apetitului; fatigabilitate; iritabilitate; cenestezie generală; conduită socială (gradul de interes față de semeni); activitate util-productivă etc. Cu funcții asemănătoare sînt scalele: Booanovskj-Chlanpkova, Cutler-Kurland, Hamilton, Raskin etc.

112 **BEDDOES Thomas** (1760—1808) ● Figură interesantă a medicinii engleze de la finele secolului al XVIII-lea si începutul secolului al XIX-lea, medic convins de viitoarea simbioză chimie-medicină. Este inițiatorul Institutului de medicină pneumatică (Clifton, 1793), în care încearcă tratarea bolilor prin inhalarea de gaze — ocazie cu care se descoperă proprietățile anestezice ale protoxidului de azot. Lucrările sale sînt de o mare varietate și erudiție, incluzînd alături de un „Tratat despre calcule", un poem epic despre cuceririle lui Alexandru și o culegere de povestiri moralizatoare intitulată „Isaac Jenkins". Fără a avea o formație psihiatrică, el publică în 1802, o culegere de articole despre cauzele bolilor, în care se referă la rolul psihicului și sugerează ideea — novatoare pentru acea epocă — că progresele chimiei vor permite un nou mod de abordare a tratamentului maladiilor mintale. Era cu exact 150 de ani înainte de sinteza primului neuroleptic, realizată în 1952.

113. **BEDRANOL**$^{(M)}$ Elveția — DCI *Propranolol* Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu conduce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

114. **BEHAVIORISM** (cf. engl. *behaviour* „conduită, comportament") ● Curent psihologic de factură experimentalistă, fondat, în 1913, de către J. WATSON, ca reacție la introspecționism și bazat pe studiul comportamentului reflex condiționat (în special de tip instrumental) și anume a relației stimul-răspuns (S—R). Minimalizînd pînă la negare funcția integrativă a conștiinței, care „nu mai este nici definibilă și nici teoretic utilizabilă, rămînînd doar un alt cuvînt pentru termenul arhaic de „suflet" (WATSON, 1924), behaviorismul este o doctrină mecanicist-reducționistă, pentru care psihismul este un complex de reflexe condiționate, bazate pe cuplul S—R și care ignoră determinismul pluricauzal al acestuia. WATSON concepe dezvoltarea copilului prin prisma a trei sentimente fundamentale, care, recombinîndu-se sub efectul unor condiționări diferite, se întîlnesc și la adult: frica, furia, dragostea. Behaviorismul își are sorgintea în aplicarea la om a paradigmelor experimentate pe animale. De revoluția behavioristă se leagă numele lui L. MORGAN, specialist în comportamentul animal, al psihologului P. JANET, al lui BINET, PIÉRON și PAVLOV. Ea a avut un larg răsunet în S.U.A., unde în perioada interbelică s-au dezvoltat mai multe școli neobehavioriste, dintre care sînt de men-

ţionat cea a lui HULL, cu teoria sa ipotetico-deductivă a comportamentului, şi cea a lui TOLMAN — behaviorismul cognitiv. SKINNER, respectînd metodologia fundamentală a lui WATSON, a îmbogăţit concepţiile behavioriste şi a propus o analiză liberă de orice mentalitate a comportamentului uman, sursă de inspiraţie pentru terapiile comportamentale. Spre deosebire de concepţia S — R, aflată la loc de frunte la începutul secolului, SKINNER pune accentul pe acţiunea selectivă a mediului, întărirea sancţionînd răspunsul, aşa cum presiunea selectivă acţionează în evoluţia biologică, determinînd un anume tip de mutaţii genetice. Reprezentanţii actuali ai behaviorismului pun accentul pe elaborarea conduitelor sociale la om. Existenţa mişcării behavioriste contemporane este considerată de unii ca anacronică, întrucît această etapă, necesară în istoria psihologiei, a fost de mult depăşită. Principalele puncte vulnerabile ale behaviorismului, care au constituit obiectul criticilor, sînt : reducerea psihismului la cuplul S — R, cu eludarea dinamicii interne a fenomenelor subiective, precum şi mecanicismul legilor derivate din această schemă univocă (deducerea comportamentului individual din acţiunea unei excitant determinant şi, reciproc, deducerea naturii stimulului după comportamentul manifest, direct, observabil. În pofida multiplelor critici, behaviorismul îşi păstrează valoarea prin contribuţiile importante aduse psihologiei pe linia studiului experimental al conduitei umane şi animale, precum şi în domeniul învăţării.

115. **BEHÇET**(S) *sindrom* — sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET(S) sindrom ; AFTOZĂ BEHÇET ; GILBERT-BEHÇET(S) sindrom ; MAREA AFTOZĂ TOURAINS ; OCULO-BUCO-GENITAL(S) sindrom ; TRIPLU SINDROM BEHÇET ● De etiologie necunoscută (se acreditează de către unii autori, cea virotică), descris în 1937, se conturează drept unul dintre sindroamele zgomotoase, cu multiple manifestări clinice, ce pot fi sintetizate în : aftoză buco-oculo-genitală (masiv şi malign manifeste ocular : irită, keratită, coroidită, retinită) ; tulburări neurologice de tip meningoencefalitic şi tulburări psihice de tip stuporos-confuziv. Prognosticul este nefavorabil.

116. **BELERGAL**(M) Elveţia ● Este un medicament compus din alcaloizi totali din Radix belladonnae, Secale cornutum şi fenobarbital cu acţiune anticolinergică, simpaticolitică, antispastică, sedativă centrală. Indicaţii : distonii neurovegetative (cardiovasculare, digestive), arterioscleroză cerebrală, insomnii, vărsături, iritabilitate. Nu se indică în glaucom, abdomen acut, adenom de prostată, fibrilaţie atrială şi pentru copii sub 7 ani. Poate produce reacţii adverse ca : uscăciunea mucoasei bucale, palpitaţii, tulburări de vedere, alergie.

117. **BEHN-ESCHENBERG**(T) *test* ● Variantă paralelă cu testul Roschach, destinată bolnavilor care au fost deja supuşi acestui test. Este compus din zece planşe alb-negru şi colorate ; a fost introdus în clinică, în 1952. Cotarea se face după aceleaşi criterii ca şi pentru testul Rorschach.

118. **BEHN-RORSCHACH**(T) *test* ● Formă paralelă de test cu pete de cerneală (derivată din tehnica Rorschach), care a fost elaborată de H. ZULLINGER pe baza principiilor testului clasic rorschachian, dar prin standardizarea altor pete de cerneală decît cele originale ; formă utilizată şi în clinică, pentru explorarea structurii personalităţii şi a particularităţilor intelectuale şi afective ale bolnavilor psihici. Tot ZULLINGER a realizat şi forma prescurtată a testului Rorschach (denumită testul „Z"), cuprinzînd trei planşe (una neagră, una roşie cu negru şi una policromă), cu răspunsuri la alegere, formă care poate fi aplicată în colectiv, fiind utilă în depistarea bolnavilor psihici din cadrul unei populaţii examinate psihiatric → RORSCHACH(T) test.

119. **BEHR**(B) *boală* ● Afecţiune eredo-familială, descrisă în anul 1909, avînd drept elemente definitorii atrofia optică, semne atetozice şi piramidale, debilitate mintală cu tulburări majore de limbaj.

120. **BELCIUGĂŢEANU Corneliu** (1922—1973) ● Face studii liceale şi universitare în Bucureşti, cu rezultate excepţionale (şef de promoţie, laureat al universităţii), obţine titlul de doctor în ştiinţe medicale cu lucrarea „Caracterul şi implicaţiile sale în cadrul psihopatiilor". Îşi continuă cariera psihiatrică, începută la Lugoj, apoi la spitalul „Gh. Marinescu", unde ocupă şi funcţia de director adjunct. A publicat o serie de articole şi referate privitoare la probleme de psihopatologie, ca şi la problema psihopatiilor. De o remarcabilă erudiţie, bun cunoscător a şase limbi străine, a contribuit şi prin funcţia de redactor responsabil al revistei de psihiatrie la introducerea celor mai noi achiziţii de pe plan mondial în literatura română de specialitate. A avut, de asemenea, preocupări literare şi eseistice, materializate în articole şi două volume de versuri.

Scanned with OKEN Scanner

121. **BELEAEV** — *metodă* ● Tehnică derivată din antrenamentul autogen Schultz, bazată pe reproducere senzorială și introspecție. Învățarea unui ritm respirator adecvat și a unei perfecte coordonări ideo-motorii joacă rolul principal în practicarea acestei metode, mai ales în variantele ei de liniștire și de mobilizare. Rolul sugestiei este diminuat în favoarea capacității de imaginație și a autosugestiei. Influența conceptelor pavloviene de inhibiție-excitație are un rol notabil.

122. **BELHOMME** Jacques (1737—1824) ● Putea fi unul dintre cei cîțiva tîmplari anonimi pe care îi avea Charonne la mijlocul secolului al XVIII-lea, dacă soarta nu i-ar fi dat prilejul de a îngriji un copil idiot al unui nobil local. Nobilul îi oferă mijloace materiale, dar îi abandonează pe amîndoi, plecind la Paris, unde îl va aștepta în final ghilotina. Tîmplarul educator începe să fie din ce în ce mai preocupat de ceea ce face și pune bazele unei „pensiuni pentru bolnavii mintal", care ulterior va deveni celebra „Casă Belhomme", unde încep să fie angajați medici. Soarta îi dă ocazia lui BELHOMME să se mai întîlnească o dată cu psihiatria: primul medic angajat nu este altul decît PINEL, care își începe aici cariera ce poartă eticheta umanizării psihiatriei. La conducerea „Casei Belhomme" va veni, tot cu concursul inițiatorului ei, un alt BELHOMME, fiul celui dintîi și unul dintre precursorii pedopsihiatriei.

123. **BELHOMME** Jacques-Etienne (1800—1880) ● Născut și crescut în atmosfera Casei de sănătate mintală Belhomme, fiul inițiatorului ei nu putea găsi o alegere mai bună pentru viitoarea sa profesiune decît cea de psihiatru. În 1824, îl găsim la Salpêtrière, avînd dascăl pe ESQUIROL și susținîndu-și teza „Essai sur l'idiotie"; lucrarea are ca scop major găsirea unor metode de ameliorare a intelectului acestor pacienți. El este unul dintre precursorii pedopsihiatriei, studiind, în același timp, corelația leziunilor nervoase și a localizării lor cu manifestările clinice ale maladiilor mintale. Va conduce celebra „Casă Belhomme" de la moartea tatălui său pînă în 1852, cînd o va preda nu mai puțin cunoscutului ARCHAMBAULT.

124. **BELL** — *manie* ● Termen întrebuințat de Luther BELL, psihiatru american (1806—1862), în 1849, pentru a descrie o stare de excitație maniacală supraacută, cu agitație psihomotorie, incoerență, limitarea conștiinței, insomnie, deshidratare, hiperpraxie, cu evoluție rapidă și prognostic nefavorabil.

125. **BELL**[s] *semn* ● Deviere supero-laterală a globului ocular, caracteristică paraliziei faciale periferice, apărută în urma intenției subiectului de a închide pleoapele. Este util în diagnosticul diferențial al determinării funcționale față de cea organică.

126. **BELLACORN**(M) Polonia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BELERGAL(M) Elveția; BELLASPORN(M) Cehoslovacia.

127. **BELLAK**(T) *test* ● Test aperceptiv folosit în clinica infantilă, introdus în practică de soții BELLAK, în 1955, pentru investigarea copiilor sub 10 ani. Testul este compus din zece planșe, reprezentînd diverse animale în situații care amintesc relațiile interumane. Proiecția micului pacient dă relații asupra situațiilor conflictuale în care este angrenat, precum și asupra unor trăsături de personalitate.

128. **BELLAPRONT**(M) Argentina — DCI *Fenterminā* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

129. **„BELLE INDIFFÉRENCE"** ● Termen sugestiv, preluat ca atare din terminologia psihiatrică franceză, pentru a denumi atitudinea istericului față de propriile sale manifestări. Atitudine plină de aparent paradox, de asociere între teatralismul, dramatismul manifestărilor care alcătuiesc *„scenariul"* și calmul, seninătatea, indiferența subiectului față de aceste manifestări; „belle indifférence" apare astfel ca opusă total anxietății care ar fi de așteptat ca urmare a manifestărilor spectaculare pe care le prezintă (sincer) istericul, dînd aparența unui fenomen de disociație. Descrisă în tabloul clinic clasic al isteriei, deși frecventă, ea nu este totuși constantă (LADER), manifestările isterice fiind însoțite uneori de o anxietate crescută.

130. **BELLOFORM**(M) Elveția — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofe-

Scanned with OKEN Scanner

drine, indicat în astenie, preinvoluţie, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

131. **BELOC**$^{(M)}$ Austria, R.F.G. — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (±)-1-(izopropilamino)-3-/p-(2-metoxietil)fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, medicina psihosomatică. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

132. **BELONEFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *belone* „ac" ; *phobos* „frică") — sin. BELONOFOBIE ● Frică patologică, nejustificată, fără o experienţă negativă anterioară, faţă de înţepătura produsă de ace. Prezentă în nevroze, la personalităţi dizarmonice, în cazurile de imaturitate, schizofrenie.

133. **BELPAX**$^{(M)}$ Portugalia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$ propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$.

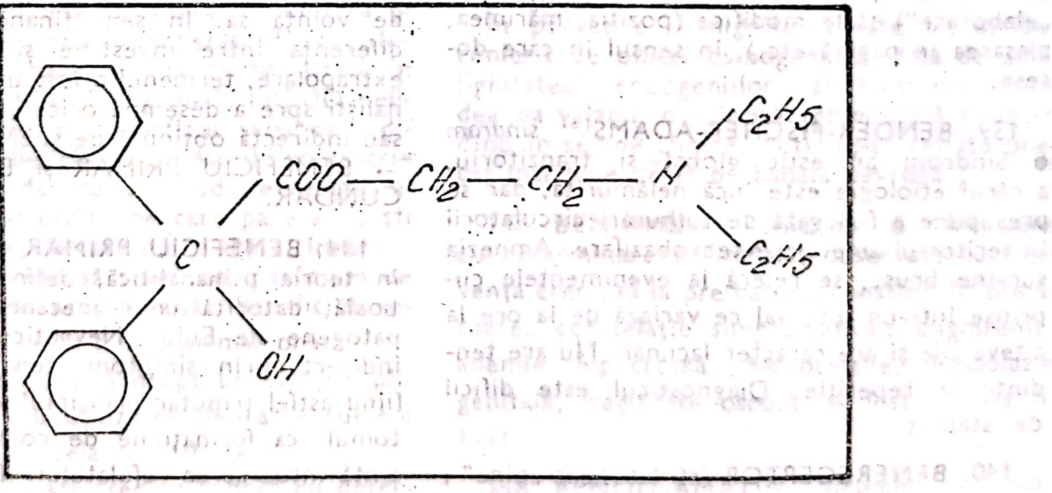
134. **BELSEREN**$^{(M)}$ Belgia — DCI *Dipotassium Clorazepate* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă şi sedativă. Buna sa toleranţă şi efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

135. **BEMERGIDE**$^{(M)}$ Cehoslovacia — DCI *Bemergid* ● Analeptic care, deşi prezintă o structură chimică asemănătoare cu cea a barbituricelor, clinic reprezintă antagonistul stării de deprimare respiratorie produsă de acestea şi, deci, antidotul specific. Acţiunea sa se adresează centrilor bulbari : cardiac şi respirator, şi sistemului reticular ascendent ; are o acţiune de scurtă durată, datorită oxidării rapide ; nu are efect psihoton. Indicat în intoxicaţii şi în coma barbiturică. Este utilizat drept stimulator in EEG, pentru formele inaparente de epilepsie.

Produşi similari :
AHYPNON$^{(M)}$ R.D.G.
MEGIMIDE$^{(M)}$ Franţa

136. **BENACTIZINE**$^{(DCI)}$ ● Derivat difenilmetanic de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acţiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale şi periferice. De reţinut acţiunea sa proconvulsivantă şi interdicţia consumului de alcool în timpul tratamentului. Constituie principiul activ al următoarelor tranchilizante :

ACTOZINE$^{(M)}$	Canada
AMICIL$^{(M)}$	U.R.S.S.
AMITACON$^{(M)}$	Ungaria
AMIZIL$^{(M)}$	U.R.S.S.
ARCADIN$^{(M)}$	Anglia
BEATILINA$^{(M)}$	Italia
BENACTYZIN(E)$^{(M)}$	R.S.C.
CAFRON$^{(M)}$	Anglia
CEDAD$^{(M)}$	Italia
CEVANOL$^{(M)}$	Anglia
DIAZIL$^{(M)}$	U.R.S.S.
LUCIDEX$^{(M)}$	Argentina
LUCIDIL$^{(M)}$	S.U.A.
MORCAIN(E)$^{(M)}$	Japonia
NEUCETIN$^{(M)}$	Japonia
NEUROBENZILE$^{(M)}$	Italia
NOICETIN$^{(M)}$	Japonia
NUTINAL$^{(M)}$	Anglia
PARAGONE$^{(M)}$	Israel



Scanned with OKEN Scanner

PARASAN(M)	Danemarca
PARPON(M)	Japonia
PHOBEX(M)	S.U.A.
PROCALM(M)	R.D.G.
SPATOMAC(M)	Franţa
SUAVITIL(M)	Danemarca
SVAVITIL(M)	Austria
TRANQUILLACTINE(M)	Italia
TRANQUILLINE(M)	Israel

137. **BENALGEN**(M) Japonia — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, sedativ-hipnotică şi valenţe antihistaminice, antidepresive şi miorelaxante. Cu o bună toleranţă, influenţînd însă reflexele conducătorilor auto. Indicat în psihogenii, reacţii şi în tratamentul de întreţinere al endogeniilor, util în afecţiuni psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

138. **BENDER**(T) *test* ● Test clinic de personalitate pentru copii, cunoscut şi sub numele de test de structurare vizuală ; are la bază legile gestaltiste, prin care se pun în evidenţă caracteristici ale inteligenţei, creativităţii şi personalităţii copilului, precum şi întîrzierea în dezvoltarea psihomotorie, tulburări afective, de limbaj şi de percepţie, consecutive unor leziuni organice cerebrale, fenomene nevrotice şi psihotice (de tip disociativ). Se folosesc nouă figuri geometrice cu grade diferite de complexitate, pe care subiecţii iniţial le copiază, apoi le reproduc din memorie, pentru ca ulterior (în faza de „elaborare“) să le modifice (poziţia, mărimea, plasarea în pagină etc.), în sensul în care doresc.

139. **BENDER-FISCHER-ADAMS**(S) *sindrom* ● Sindrom amnestic global şi tranzitoriu, a cărui etiologie este încă nelămurită, dar se presupune a fi legată de tulburări circulatorii în teritoriul arterei vertebrobazilare. Amnezia survine brusc, se referă la evenimentele cuprinse într-un interval ce variază de la ore la cîteva zile şi are caracter lacunar. Nu are tendinţe la repetiţie. Diagnosticul este dificil de stabilit.

140. **BENERECEPTOR** (cf. lat. *bene* „bine“ ; fr. *récepteur*) ● Termen introdus de TROLAND, în 1928, referitor la caracterul stimulativ-compensator al factorilor motivaţionali, în geneza şi susţinerea unei activităţi sau în realizarea de performanţe.

141. **BENEDIKT-KÜSSMAUL** — *alexie* — sin. CECITATE VERBALĂ PURĂ ● Agnozie optică, descrisă în deceniul al VIII-lea al secolului trecut, caracterizată prin incapacitatea de a înţelege un text citit. Se întîlneşte în leziuni occipitale ale emisferului dominant şi în unele cazuri de leziuni temporale.

142. **BENEDIKT Moritz** (1835—1920) ● Psihiatru austriac, atras iniţial de efectele electricităţii asupra organismului — ca de altfel şi BEARD, în America, în aceeaşi perioadă — publică în 1869, la Viena, un studiu despre electroterapie. Ulterior, ca medic şef al policlinicii din Viena, este confruntat cu numeroase probleme ale neurologiei şi psihiatriei, domeniu care îl atrage ; descrie o maladie neurologică, pe care CHARCOT o numeşte sindromul Benedikt (hemiplegie cu paralizie oculară contralaterală), iar în domeniul psihiatriei, boala care-l preocupă este isteria. Lansează ideea — nu tocmai corectă, dar susţinută de unii profani şi astăzi — potrivit căreia isteria trebuie legată şi raportată la tulburări ale vieţii sexuale sau la traume în acest domeniu, suferite în timpul copilăriei, luînd în consideraţie faptul că fiecare subiect îşi are „viaţa sa secretă“ care-i determină aspiraţiile. Aceste idei sînt dezvoltate în cele două lucrări mai importante ale sale : „A doua viaţă“ şi „Tratat asupra spiritului uman“.

143. **BENEFICIU** (cf. lat. *beneficium* „binefacere, favoare“) ● Cîştig, profit, folos, pe care-l poate dobîndi subiectul într-o investiţie făcută sau într-un fapt/situaţie independent(ă) de voinţa sa. În sens financiar, reprezintă diferenţa între investiţie şi realizări. Prin extrapolare, termenul a fost utilizat de psihanalişti spre a desemna orice satisfacţie directă sau indirectă obţinută de subiect prin maladie → BENEFICIU PRIMAR şi BENEFICIU SECUNDAR.

144. **BENEFICIU PRIMAR** ● Termen care, în teoria psihanalitică, defineşte refugiul în boală, datorită unor mecanisme de apărare patogene ale Eului. Nevroticul îşi realizează indirect, prin simptom, tendinţele refulate, fiind astfel tributar principiului plăcerii. Simptomul, ca formaţiune de compromis, reprezintă întoarcerea refulatului. Deci tendinţele refulate rămîn inconştiente şi nu sînt supuse controlului Eului şi principiului realităţii. În dinamica constituirii simptomelor nevrotice intră simptome în care subiectul găseşte o sursă de satisfacţii inconştientă, posibilitatea

eliberării de tensiuni, realizarea unui echilibru (precar) cu mediul. Constituie tema „refugiului în boală". Realizat pe principiul plăcerii, procesul nevrotic tinde spre diminuarea tensiunii. Beneficiul este pus în evidență de cura psihanalitică, prin rezistența pe care subiectul o opune dorinței conștiente de vindecare. Beneficiul apare în această concepție ca fiind în legătură directă cu semnificația simptomelor ; este însăși motivația nevrozei, prin satisfacția pe care simptomele o oferă, prin refugiul pe care bolnavul și-l găsește în boală și prin modificarea relațiilor convenabile cu mediul. După FREUD, beneficiul primar are două componente : o parte internă, legată direct de reducerea tensiunilor prin mecanismul „fugii în boală", și alta externă legată de relațiile interpersonale. Desigur că această a doua legătură, pusă în lumină și corect explicată teoretic de psihanaliză, a fost de mult observată nu numai în psihiatrie, ci și în întreaga medicină, tratatele clasice de medicină internă relatînd cazuri de bolnavi care „nu puteau renunța la boala lor". Nu numai terapia psihanalitică, ci și toate celelalte psihoterapii și, desigur, chimioterapia întîmpină, în cazul nevrozelor, aceeași rezistență în procesul de vindecare, rezistență care nu ține însă de motivațiile conștiente ale subiectului.

145. **BENEFICIU SECUNDAR** ● Prin prisma psihanaliștilor, reprezintă avantajele suplimentare pe care subiectul le obține din exterior, în timpul sau după o boală. El se crede investit cu un statut particular, care stabilește o anumită adaptare economică și un anumit echilibru interpersonal. În „Introducere în psihanaliză", ca și mai tîrziu în „Inhibiția, simptom și angoasă", FREUD delimitează noțiunea de beneficiu secundar, diferențiind-o de beneficiul primar. El va descrie beneficiul secundar ca un mod de reacție al Eului față de simptom, pe care pare a nu ști cum să-l elimine, de care nu se apără, încorporîndu-l și încercînd să tragă un maximum de profit din boala propriu-zisă. Beneficiul secundar se deosebește de cel primar prin :

- apariția sa bruscă drept un cîștig suplimentar, sau utilizarea de către subiect a unei boli deja constituite ;
- caracterul extrinsec în raport cu determinismul inițial al bolii și al sensului simptomelor ;
- faptul că este vorba de satisfacții narcisice sau legate de autoconservare, mai curînd decît de satisfacții direct libidinale.

Beneficiile secundare îngreunează procesul terapeutic ; ele pot genera o rezistență extremă la orice intervenție, așa cum se întîmplă mai ales în nevrozele posttraumatice sau în iatrogenii, în care fenomenul de „rentnevroză" este legat direct de acest mecanism. Deși uneori este evident că materializarea propriu-zisă a beneficiului este neînsemnată și că renunțarea la boală ar fi mult mai profitabilă, mecanismul nevrotic menține la subiect rezistența față de schimbare. În cura psihanalitică poate apărea (și din nou precizăm că nu numai în aceasta, ci și în orice proces terapeutic) un tip deosebit de manifestare a rezistenței la vindecare, cînd subiectul găsește în relația transferențială stabilită mai multă satisfacție decît în vindecare (relația transferențială devenind beneficiu secundar). În cazurile cu afecțiuni organice diagnosticate, de tipul cardiopatiei, insuficienței renale, diabetului etc. s-a pus problema efectuării unor psihoterapii sau cure analitice, întrucît acești subiecți pot prezenta mecanisme de apărare legate de beneficiul secundar.

Este de reținut faptul că boala poate determina atît de multe avantaje secundare, încît orice încercare de psihoterapie, care presupune adeziunea profundă a subiectului, se soldează cu eșec.

146. **BENIGN** (cf. lat. *benignus* „binevoitor", amabil, generos") ● Termen medical general care, prin opoziție cu malign, desemnează caracterul evolutiv mai favorabil al unei afecțiuni sau al unui proces morbid (tumoră, evoluție etc.).

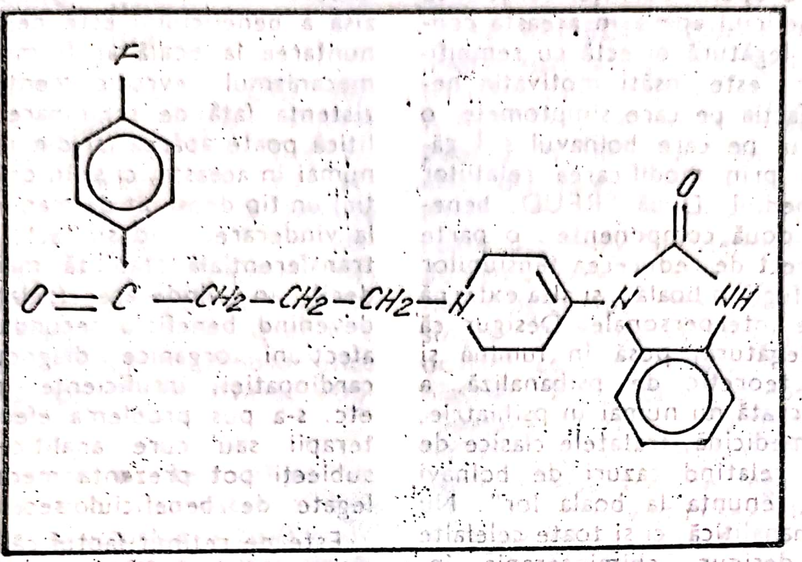
În psihiatrie, benignitatea este un atribut conferit de obicei psihogeniilor, față de „malignitatea" endogeniilor (atribuit nu întotdeauna valabil, o psihoză zgomotoasă și abundînd în semne clinice, putîndu-se remite uneori mai bine decît o „banală nevroză").

147. **BENJAMIN**(s) *sindrom* ● Afecțiune cu determinare perinatală, observată cu frecvență crescută la prematuri, constînd în următoarea constelație simptomatică : oligofrenie, anemie hipocromă, hidrocefalie, hipoplazie genitală, fragilitate osoasă. A fost descris în 1911.

148. **BENOIT-AMAT**(s) *sindrom* — sin. AMAT[s] semn ● Descris, independent, de BENOIT, în 1926 și de AMAT, în 1930 ; a fost reunit ulterior de FRIEDMAN în sindromul care le poartă numele. Clinic, se manifestă prin închiderea ochilor, consecutiv deschi-

derii gurii — invers semnului Cunn, ambele fiind prezente în perioada de remisie a paraliziei nervului facial.

149. BENZOIL(M) Japonia - DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de



tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil/-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte ; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

150. BENPERIDOL(DCI) ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil) propil/-4-piperidil/-2-benzinidazolină, indicat în neliniștea și agitația din psihozele schizofrenice, catotonice și paranoid-halucinatorii, în psihoze de involuție și în manie. În afara efectelor secundare clasice ale NL incisive, trebuie menționate acțiunea sa proconvulsivantă și faptul că diminuează acțiunea L-dopa. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici :

ANQUIL(M)	Anglia
CONCILIUM(M)	Argentina
FRENACTIL(M)	Belgia, Franța
GLIANIMON(M)	Grecia, R.F.G.

→ BUTIROFENONE.

151. BENPON(MC) R.F.G. ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează :

● NORTRIPTILINA — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;

● FLUPENTIXOL — neuroleptic, derivat tioxantenic. Are acțiune antidepresiv-anxiolitică.

152. BENSEDIN(M) Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

153. BENSEDREX(M) Canada — DCI *Propilhexedrină* ● Psihostimulent, derivat difeniletilaminat de tip (±)N,α-dimetilciclohexan-etil-amină, cu valențe anorexigene și, practic, fără efecte simpaticomimetice, ceea ce îi conferă posibilități mai largi de utilizare → PSIHOSTIMULENTE.

154. BENSON(M) Italia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică și o singură contraindicație — miastenia.

155. BENSYLATE(M) Canada — DCI *Benzatropină* ● Psihotrop, cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor, este de altfel un derivat difenilmetan de tip 3-(difenilmetoxi)tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, colinolitică și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii, deoarece poate produce hipotensiune.

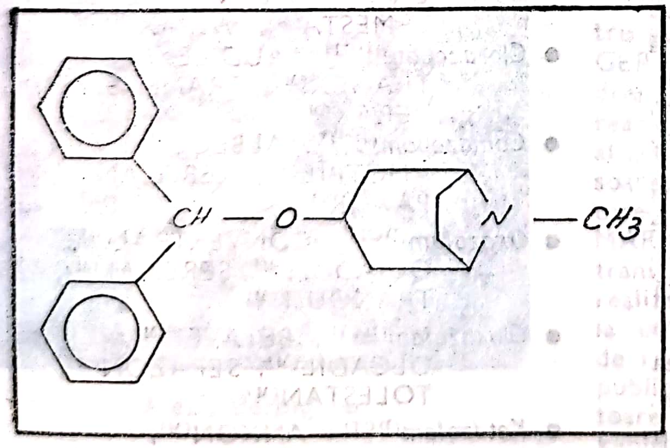
156. BENT(M) Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anti-

Scanned with OKEN Scanner

convulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de azi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M)

157. **BENTHAM Jérémie** (1748–1832) ● Personalitate interesantă și controversată; în lucrarea sa „Tableau des sources de l'action" dezvoltă o filozofie neoepicuriană, potrivit căreia acțiunile și actele sînt determinate în mod egoist, numai de interesul personal. În același timp, are preocupări privind organizarea și construcția spitalelor de psihiatrie, propunînd construcția unui „Panopticon" pentru supravegherea bolnavilor psihici (edificiu realizat de arhitectul STARK, în 1814, la Glasgow). Preocupat permanent, uneori în mod exagerat, de ideea de a fi util, își lasă propriul cadavru pentru a fi folosit la disecție, în scopul instruirii studenților.

158. **BENTON(T)** test ● Test de retenție vizuală, creat de Arthur L. BENTON (1945) în scopul investigării particularităților memoriei imediate și foarte utilizat în clinică: pentru relevarea gradului de deteriorare mnestică a subiecților cu leziuni cerebrale; în depistarea debilităților exo-și endogene și a tulburărilor de natură psihosomatică. Testul constă din planșe cu figuri geometrice, care trebuie reproduse din memorie. Există o formă cu trei variante (C, D și E) cuprinzînd cîte zece planșe fiecare. Subiectul este invitat să privească timp de 10 secunde o planșă și apoi să o deseneze din memorie. Testul se poate aplica la persoane avînd vîrsta între 8–65 ani. Pentru subiecții cu dificultăți motorii (pa-



reze, hemiplegii etc.), se folosește o formă cu două variante paralele (F și G), care are la bază principiul alegerii multiple. Instructajul este asemănător formei cu trei variante (expunerea fiecărei planșe timp de 10 secunde), iar planșele cuprind figuri geometrice din variantele formei de bază (C — 10 planșe; D — 5 planșe; F — 5 planșe; G — 15 planșe), subiectul trebuind să identifice o figură geometrică din patru răspunsuri posibile.

159. **BENZALIN(M)** Japonia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepine, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

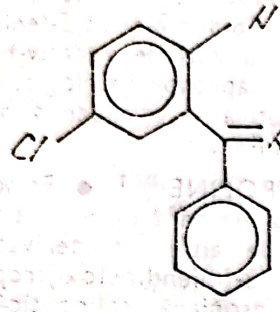
160. **BENZATROPINE(DCI)** ● Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor; este de altfel un derivat difenilmetanic de tip 3-(difenilmetoxi)tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, colinolitică și antihistaminică, după unii autori, și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale NL incisive, se bucură de o bună toleranță. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii, putînd produce hipotensiune. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

AKITAN(M)	Finlanda
BENSYLATE(M)	Canada
COGENTINOL(M)	R.F.G.
COGENTIN(E)(M)	Anglia, Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Japonia, Olanda, S.U.A., Suedia.

161. **BENZEDRYNA(M)** Canada, Polonia, S.U.A. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (±)-α-metil-fenetilamină simpaticomimetică, cu acțiune stimulatoare asupra SNC, înlătură oboseala fizică și intelectuală, reduce somnul pînă la suprimare, reduce apetitul. Nu duce la creșterea randamentului. Uilizarea în doze mari și repetate poate duce la apariția efectelor secundare și a dependenței. Indicat in narcolepsie, etilism cronic și acut, psihoze alcoolice, depresii inhibate și, în asociere cu fenobarbitalul (pentru combaterea efectelor secundare ale acestuia), în unele forme de epilepsie Administrarea este contraindicată în boli cardiovasculare, hipertiroidism, feocromocitom, sarcină, agitație, PMD (faza maniacală), asocierea cu IMAO. În general, nu este recomandabil să fie administrat numai pentru a combate oboseala → PSIHOSTIMULENTE.

162. **BENZODIAPIN(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic →sin. NAPOTON(M) România.

163. **BENZODIAZEPINE** • Substanțe psihotrope cu acțiune tranchilizantă, constituind cea mai utilizată, cunoscută și eficientă grupare. Seria este deschisă de RAUDALL, în 1960, cu Clordiazepoxidul. Calitățile psiho-



farmacologice ale grupei sînt determinate de efectele lor anxiolitice, sedative, miorelaxante și stimulente, evident în pondere diferită de la un produs la altul (de altfel, acești produși sînt foarte numeroși). Mecanismul de acțiune este incomplet elucidat. Se pare că ele produc inhibiție asupra substanței reticulare și a sistemului limbic și au o acțiune stimulentă asupra receptorilor unui aminoacid (glicina) cu funcții inhibitorii în creier. Principalele indicații ale acestor substanțe sînt reprezentate de însăși acțiunea lor: anxiolitică, sedativă, miorelaxantă și stimulatorie; au deci o paletă largă de utilizări în medicina psihosomatică, în nevroze și ca adjuvante sau pentru potențarea neurolepticelor în psihoze. Sfera largă de utilizare și buna toleranță au generat însă o puternică tendință spre automedicație din partea publicului. Efectele secundare sînt, în general, minore, constînd în: somnolență, deprimare motorie, simptome vegetative, uscăciunea gurii, greață, tulburări de tranzit intestinal. În doze mari pot produce, în mod paradoxal, fenomene de excitație ale sistemului nervos central. În timpul tratamentului este contraindicată ingestia de alcool, asocierea putînd determina tulburări psihice, care pot atinge intensitatea unor stări confuzive, cu agitație psihomotorie. Principalele contraindicații ale grupei sînt reprezentate de miastenie, glaucom avansat, insuficiențe respiratorii.

În practica curentă, există un număr foarte mare de produși farmaceutici din această grupă, peste 700. Prezentăm o clasificare a celor mai des utilizați, în funcție de structura lor chimică:

- *Clordiazepoxid*(DCI): NAPOTON(M), CALMODEN(M), DIZEPIN(M), LIBRIUM(M);
- *Medazepam*(DCI): MEDAZEPAM(M), NIVELTON(M), NOBRIUM(M), RUDOTEL(M);
- *Nordazepam*(DCI): LOMAX(M), MADAR(M), SOPAX(M), VEGESAN(M);
- *Diazepam*(DCI): DIAZEPAM(M), ANXIOLIN(M), DEPOCALM(M), DIPAM(M);
- *Nitrazepam*(DCI): NITRAZEPAM(M), ETAN(M), LAGAZEPAM(M), MOGADON(M);
- *Flunitrazepam*(DCI): DARKENE(M), LIBELIUS(M), RONYPNOL(M), VALSERA(M);
- *Bromazepam*(DCI): COMPENDIUM(M), LEXAURIN(M), LEXOTANIL(M)
- *Prazepam*(DCI): CENTRAX(M), DEMETRIN(M); LYSANXIX(M), PRAZENE(M);
- *Flurazepam*(DCI): DELMATE(M), MIODORM(M), STAURODORM(M), VALDORM(M);
- *Oxazepam*(DCI): OXAZEPAM(M), ADUMBRAN(M), IRANIL(M), PRAXITEN(M);
- *Temazepam*(DCI): EUHYPNOS(M), PLANUM(M), SIGNOPAM(M), TASONAL(M);
- *Lorazepam*(DCI): ATIVAN(M), LORSILAN(M), TAVOR(M), TEMESTA(M), WIPAX(M)
- *Clorazepate*(DCI): AUDILEX(M), TRANEX(M), TRANEXEN(M), VERAX(M);
- *Camazepam*(DCI): ALBEGO(M), AMOTRIL(M), NEBOLAN(M), PAXOR(M);
- *Oxazolam*(DCI): CONVERTRAL(M), QUIADON(M), SERENAL(M), TRANQUIT(M);
- *Cloxazolam*(DCI): BETAVEL(M), OLCADIL(M), SEPAZON(M), TOLESTAN(M);
- *Ketazolam*(DCI): ANXON(M), CONTRAMEX(M), LOFTRAN(M), UNAKALM(M);
- *Estazolam*(DCI): DOMNAMID(M), ESILGAN(M), NUCTALON(M);
- *Clobazam*(DCI): CLARNYL(M), FRISIUM(M), URBANYL(M),

- *Tofisopam*[DCI] : GRANDAXIN[M], GRANDAXINE[M], SERIEL[M].

Seria continuă, dintre acestea amintim :

- *Etilloflazepate*[DCI] : VICTAN[M] ;
- *Haloxazolam*[DCI] : SOMELIN[M] ;
- *Bentazepam*[DCI] : THIADIPONE[M]
- *Midazolam*[DCI] : DORMICUM[M] ;
- *Alprazolam*[DCI] : XANAX[M] ;
- *Triazolam*[DCI] : HALCINON[M]
- *Brotizolam*[DCI] : LENDORMIN[M] ;
- *Etizolam*[DCI] : HALCINON[M], DEPAS[M] ;
- *Triflubazam*[DCI] : TRIFLUBAZEPAM[M].

→ TRANCHILIZANTE.

164. **BENZOTRAN**[M] Australia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4 ore) ; are acţiune sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat

Alexis Berbiguier

miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM[M].

165. **BENZOXAZONE**[M] Italia — DCI *Caroxazonă* ● Psihotrop de tip 2-oxo-2H-3-benzoxazine-3(4H)-acetamide, cu acţiune sedativă şi antidepresivă.

166. **BERBIGUIER Alexis-Charles** (1764—1851) ● Autor a trei volume, editate între 1821—1822, îşi descrie mai bine ca nimeni altul propriul delir de persecuţie de mare amploare, produs prin mecanisme interpretative. Începutul bolii pare a se situa în jurul anului 1814—1815, cînd autorul, angrenat într-un proces de moştenire, intră în contact cu „tracasările legii", fiind angrenat într-o avalanşă pe care nu o mai poate nimeni opri. Cu ultimii bani, editează şi un supliment la lucrare, în care îl include şi pe psihiatrul PINEL, devenit „Monstrul persecutor". Cazul devine sinonim cu delirul de persecuţie şi este prezentat în toate tratatele de psihiatrie ale secolului al XIX-lea.

167. **BERGER** — *acalculie* →sin. ACALCULIE PRIMARĂ.

168. **BERGER Gaston** (1896—1960) ● Filozof şi psiholog francez, cu o bogată activitate practică şi didactică. Acordă o importanţă deosebită tipologiei în studiul personalităţii umane, fiind adept al modelului tipologic al lui HEYMANS şi WIERSMA pe care l-a făcut, prin lucrările sale, mai cunoscut decît au reuşit creatorii acestuia. Este, în acelaşi timp, şi creator al unor metode psihologice de investigare a personalităţii (chestionarul Berger), pentru aprecierea trăsăturilor caracteriale. Principalele lucrări : „Tratat practic de analiză a caracterului" (1950), „Omul modern şi educaţia lui", apărut postum (1962).

169. **BERGER Hans** (1873—1941) ● Psihiatru german, elev şi asistent al lui BINSWANGER, pe care il va urma la conducerea catedrei (1918). Studiile sale pornind de la încercarea de obiectivizare a substratului fiziologic al activităţii psihice, pe care încearcă să o măsoare, îl conduc spre electroencefalografie, care-i datorează mult. Îi cunoaşte pe CATON, MARKOW, BECK şi continuă experienţele lor, transferîndu-le de la animale la om. În 1924, realizează prima înregistrare a biocurenţilor, la un subiect, posttrepanare ; nefiind sigur de rezultate, repetă experienţa, iar în 1929, publică prima lucrare pe plan mondial referitoare la EEG, sub titlul „Über das Elektrenkephalogramm des Menschen". Descrie cele două ritmuri fundamentale alfa şi beta şi descoperă că ritmul alfa este inhibat de stimulii luminoşi. În 1934, în revista „Brain", ADRIAN şi MATHEWS fac cunoscute într-un articol, descoperirile electroencefalografice ale lu

Scanned with OKEN Scanner

BERGER, cunoscute pînă atunci numai în țările de limbă germană. Se retrage din activitate în 1938; se sinucide la 30 mai 1941, în timpul unui episod depresiv.

170. **BERGER** — *paranoia* ● Formă involutivă de paranoia, care evoluează fără a duce la demențierea subiectului, descrisă de BERGER în 1913. Conceptul de paranoia de involuție al lui KLEIST, îi este similar.

171. **BERGER** — *ritm EEG* ● Reunește ritmul alfa și beta sub numele de ritm Berger, desemnind în acest fel ritmurile considerate fiziologice. Acest ritm apare astfel ca sinonim cu ritmul normal, în timp ce RITMUL GRAY, ce reunește ritmurile teta și delta, ar constitui ritmul patologic, în sensul că atît ritmul teta, cît și delta, au fiecare în parte semnificație patologică.

172. **BERGERON**(B) *boală* — sin. COREE ISTERICĂ; COREE ELECTRICĂ ● Sindrom coreiform care apare în clinica de psihiatrie infantilă, cu determinare psihogenă. Spasmele coreo-atetozice sînt mai marcate în regiunea scapulohumerală și dispar în somn.

173. **BERGSON Henri** (1854—1941) ● Important filozof francez din perioada interbelică, inițiatorul intuiționismului. Face studii matematice și filozofice, este profesor de liceu timp de 16 ani la Angers, Clermont-Ferrand, Paris și apoi la Collège de France. Este membru al Academiei Franceze și laureat al Premiului Nobel (1930). Din 1925 suferă de un reumatism cronic primitiv invalidant, care îi limitează mult activitatea didactică. Promovează spiritualismul antiintelectualist de sorginte metafizică, revalorificînd pozitivismul lui A. COMTE și negînd compatibilitatea spiritului cu metodele științelor exacte. Numai intuiția poate explica realul și timpul, conceput ca durată și nu ca spațiu măsurabil în unități de timp. Intuiția duratei devine la BERGSON instrument de cunoaștere autentică a profunzimilor Eului și a fenomenelor sociale, afectivitatea ca sensibilitate creatoare primînd asupra intelectualității, în cadrul devenirii continue a Eului și societății. „Devenirea" este determinată de elanul vital (entelehia lui H. DRIESCH, cu care BERGSON teoretizează vitalismul dogmatic), un principiu vital pur, neinfluențat de condiții obiective. Realitatea Eului și a lumii sociale este fluidă în ordinea „devenirii pure", rod al unei creativități pure, liberă de legi și mereu înnoită. BERGSON dezvoltă conceptul de „curgere a conștiinței" („stream of consciousness"), creat de W. JAMES în „Principii de psihologie" (1980), pe care acesta îl explicase ca „*o curgere*", pe mai multe nivele a psihismului (a gîndirii, conștiinței, vieții subiective); el introduce monologul interior (1889) ca

Henri Bergson

modalitate fidelă de a explora conținutul acestui fluid al conștiinței.

Preluat magistral în literatură (J. JOYCE în monologul lui Mollye Bloom din „Ulysse", V. WOOLF), dar și anticipat (STERNE în „Tristram Shandy"), monologul interior a constituit, alături de intuiția introspectivă, o aplicare a bergsonismului în psihologie (inițiată chiar de BERGSON), ca metodă de investigare și cunoaștere a Eului, aptă de a evita capcanele falsificatoare ale limbajului și normelor sociale. Abordarea experimentală sau prin intermediul limbajului ar ascunde și ar deforma Eul, acesta exprimîndu-se numai prin actul liber ce emană din reculegerea meditativă. Constituindu-se într-o metafizică a creației, intuiționismul bergsonian nu poate depăși valoarea contribuțiilor lui HEGEL și MARX asupra devenirii, a existențialismului în domeniul libertății, a psihanalizei în abor-

darea Eului, a lingvisticii și structuralismului în studiul limbajului și al realității sociale.

Conceptele bergsoniene au însă meritul de a jalona viitoarea cale a analizei (reducției) fenomenologice a subiectivității în situația de a fi în lume.

Lucrări principale: „Eseu asupra datelor imediate ale conștiinței" (1889), „Materia și memoria" (1896), „Risul" (1900), "Evoluția creatoare" (1906), „Energia spirituală" (1919), „Cele două surse ale moralei și religiei" (1932).

174. **BERI-BERI**(B) *boală* ● Deficit subacut sau cronic de vitamina B_1, descris sub acest nume pentru prima dată în Asia la populațiile care trăiau în condiții de malnutriție. Tulburările psihice constau în depresie, instabilitate, nervozitate, scăderea capacității de concentrare a atenției, inapetență, însoțind neuropatia periferică și insuficiența cardiacă. Poate trece ușor, în cazul unei evoluții acute, spre encefalopatia Gayet-Wernicke sau sindromul Korsakov → AVITAMINOZE.

175. **BERKELEY George** (1685—1753) ● Filozof englez, episcop, principal reprezentant al idealismului subiectiv. Teza fundamentală a filozofiei sale este „a exista înseamnă a percepe". După BERKELEY realitatea constă din senzații, lucrurile nefiind decît complexe de senzații. Pentru a evita impasul solipsismului, BERKELEY a recurs la conceperea unor „spirite" în care iau naștere senzațiile, ca și a spiritului divin universal, care este cauza ultimă a senzațiilor și a ordinii acestora. Opera sa principală este: „Tratat asupra principiilor cunoașterii omenești". BERKELEY a fost un adversar al materialismului, criticînd categoria de materie, pe care o declară lipsită de sens, o abstracție goală.

176. **BERKOLOL**(M) Anglia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propandiolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

177. **BERKOMINE**(M) Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, utilizat în special în depresia endogenă; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent: 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum 3 luni, în psihoze 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

178. **BERNARD Claude** (1813—1878) ● Fiziolog și gînditor francez, adept al metodei experimentale în biologie și al explicației deterministe a fenomenelor vitale; este unul dintre fondatorii fiziologiei și endocrinologiei. A adus contribuții la studiul funcției glicogenetice a ficatului, al rolului pancreasului în digestia grăsimilor, al fenomenelor electrice din mușchi și nervi, al rolului sistemului nervos central în apariția diabetului și în reglarea vasomotricității, al acțiunii paralizante a curarei. Este creatorul termenilor de „mediu intern" și „secreție internă". În lucrarea sa „Introducere în studiul medicinei experimentale" (1865), formulează o serie de reguli ale metodologiei observației, experimentului și ipotezei științifice, depășind cadrul fiziologiei și înscriindu-se printre clasicii epistemologiei.

179. **BERNHEIM Hippolyte Marie** (1840—1919) ● Medic francez; născut la Mulhouse, face studiile medicale la Strassbourg. După 1870 este asistent la catedra din Nancy, iar din 1877 va conduce catedra de medicină internă a acestei facultăți. Din 1872 este atras de rezultatele spectaculare pe care LIÉBEAULT le obține cu tratamentul prin hipnoză (metodă pe care și-o aplică cu succes pentru a-și vindeca o afecțiune algică de care suferea). Va deveni adeptul înflăcărat al acestei metode și conducătorul așa numitei „școli de la Nancy" (BEAUNIS, LIÉGEOIS, LIÉBEAULT), care, în ciuda faptului că BABINSKI a calificat-o „universitate de țară", a putut obține o strălucită victorie științifică în disputa cu academica școală de la Salpêtrière, condusă de autoritarul CHARCOT.

Fără să fie neurolog sau psihiatru, BERNHEIM a reușit să clarifice mult mai precis natura fenomenului hipnotic, arătînd rolul important pe care îl joacă sugestibilitatea, și să demonstreze că între hipnoză și isterie nu există o relație de necesitate. Principalele sale lucrări sînt: „De la sugestion et les aplications a la thérapeutique de l'hysterie" (1913); „De la sugestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille"; „Automatisme et sugestion" (1917). FREUD a fost unul dintre cei care au recunoscut de la început valoarea tezelor lui BERNHEIM. În 1934 BABINSKI își va recunoaște eroarea din tinerețe și-l va omagia pe maestrul din Nancy, pe care, „*sugestionat*" de CHARCOT, îl atacase atît de violent.

Scanned with OKEN Scanner

180. **BERNREUTER**(T) *test* ● Inventar al personalității introdus în practica psihiatrică de către autor în 1931. Cuprinde 125 de întrebări selecționate din chestionarele Thurstone, Allport etc. Se evaluează patru aspecte: tendințe nevrotice (desemnate cu codul B_1—N), autosuficiența (B_2—S), introversiunea-extroversiunea (B_3—I) și dominare-supunere (B_4—D). Cotele se stabilesc separat pentru fiecare din cele patru aspecte. Normele sînt prezentate pe centile și pe sexe pentru tineri și pentru adulți. S-au calculat corelațiile între rezultatele obținute la cele patru scale. Există o corelație ridicată între tendințele nevrotice și variabila introversiune-extroversiune.

181. **BERNSTEIN**S *semn* ● Semn descris la subiecții catatonici, la care, dacă li se imprimă o atitudine forțată la unul din membrele superioare iar apoi în mod brusc și celuilalt, se observă dispariția poziției impuse primului membru. Poate fi folosit ca o probă de depistare a simulației.

182. **BERNSTEIN**(T) *test* ● Imaginat în 1911, testul explorează nivelul intelectual al subiectului căruia i se cere să stabilească succesiunea unor evenimente prezentate într-o serie de imagini. Urmărind unele detalii ale desenului, subiectul testat poate reface ordinea cronologică a unor serii. Probe de acest tip au fost folosite ulterior într-o largă serie de baterii de teste ale nivelului de inteligență.

183. **BERRO**(T) *test* sin. → BEHN-ESCHENBERG(T) test.

184. **BERS-CONRAD**(S) *sindrom* ● Sindrom întîlnit destul de frecvent în psihozele vîrstnicilor, avînd drept elemente definitorii: halucinații tactile, convingerea delirantă privind existența unei boli parazitare și stăruința de a beneficia de tratament numai pentru acest aspect.

185. **BERTALANFFY Ludwig von** (1901—1973) ● Biolog și filozof de origine austriacă, pofesor universitar la Viena, Ottawa, Los Angeles, Alberta, inovator al biologiei teoretice, pe care a încercat să o fundamenteze matematic, fondator al concepției „organismice" și sistemice în fiziologie și morfologie. Conform concepției sale, organismul are legi proprii nivelului particular de integrare al materiei vii. Opere principale: „Biologia teoretică" (2 volume) — 1932—1942; „Imaginea despre lumea biologică" — 1949; „Roboții, oamenii și cunoștințele" — 1967; „Teoria generală a sistemelor" — 1969.

186. **BERTRANISM** ● Perversiune sexuală deosebit de rară: necrosadism care asociază necrofilia cu sadismul, manifestat prin dezmembrarea cadavrului în bucăți. Numele perversiunii este legat de cel al unui sergent francez, erou de tristă amintire, al cărui proces de scandal a avut loc în secolul trecut.

187. **BERZE**(H) *halucinații* — sin. HALUCINAȚII OPTICOKINESTEZICE ● Halucinații vizuale în care o mînă invizibilă scrie pentru bolnav în spațiu, într-un interval limitat, cu litere luminiscente sau fosforescente, mesaje de o deosebită importanță pentru acesta. Aceste mesaje scrise cu *„peniță invizibilă"* se întîlnesc în delirurile alcoolice; au fost descrise prima oară în 1923.

188. **BEST**(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

189. **BESTIALITATE** (fr. *bestialité*; cf. lat. *bestialis* „sălbatic, animalic") ● Însușire a comportamentului uman constînd în brutalitate, descărcare (agresivă) instinctuală, asemănătoare cu manifestările animalelor. În general, orice comportament uman apropiat de comportamentul animal poate fi calificat ca bestial. În sens restrîns, prin bestialitate se înțelege căutarea și realizarea raporturilor sexuale cu animale. Sinonimă uneori cu sodomia sau cu zoofilia, bestialitatea este considerată de SCHERER „ca cel mai îngrozitor păcat din toate păcatele Sodomei". Credința populară atribuie acestui tip de comportament nașterea monștrilor. Ca perversiune sexuală în care obiectul dorinței îl reprezintă animalele, ea poate să apară la ambele sexe, asociată uneori cu perversiuni de tip sadomasochist. Se întîlnește în oligofreniile avansate (gradul II și III), în unele demențe (senilă, alcoolică), în unele episoade psihotice (manie, episoade confuzionale cu agitație); apare de asemenea la marii dizarmonici perverși, în cadrul unor acte sexuale delictuale pedepsite de lege.

190. **BESTIAR**(T) test (fr. *bestiaire*) ● Chestionar utilizat în practica psihiatrică infantilă, structurat în trei părţi şi bazat pe întrebări şi răspunsuri orale (răspunsuri raportate la etaloanele stabilite pe grupe de vîrstă şi pe sexe), elaborat de ZAZZO şi MATHON. Se pun în evidenţă trăsături caracteriale şi tulburări patologice din sfera instinctual-afectivă şi cognitivă, prin identificarea copilului cu un anumit animal (din cele 18 înscrise în chestionarul propriu-zis) şi prin raportarea lui la perioadele vieţii şi la statutul de sex pe care-l proiectează sau introiectează.

191. **BETA ANTAGONIŞTI** ● Substanţe care acţionează la nivelul receptorilor beta-adrenergici, determinînd efecte simpatomimetice prin intermediul acestora, motiv pentru care se mai numesc şi simpatomimetice directe, spre deosebire de drogurile de tip amfetaminic, care interferează eliberarea noradrenalinei din depozite. Astfel, la nivelul betareceptorilor acţionează izoproterenolul şi izopropil noradrenalina, iar la nivelul receptorilor β_2, salbutamolul, orciprenalina şi terbutalina. De menţionat acţiunea beta-agonistă a catecolaminelor, dintre care adrenalina are acţiune atît pe β_1-cît şi pe β_2-receptori, avînd alături de amfetamine, capacităţi crescute de a stimula proprietăţile sistemului nervos central, producînd iritabilitate, anxietate, tremor, insomnii.

Izoproterenolul, produs sintetic catecolaminic, are o afinitate foarte redusă pe receptorii alfa şi foarte puternică pe receptorii beta, putînd fi considerat aproape un agonist pur. Principalele efecte ale acestei categorii de substanţe sînt bronhodilataţia, creşterea frecvenţei cardiace, fiind indicate mai ales în astmul bronşic şi controlul naşterilor premature, unde intervin prin abolirea contracţiilor muşchiului neted uterin. Administrarea este limitată de efectele secundare psihice, care apar mai ales la doze mari.

192. **BETA** — *ritm EEG* ● Unul dintre ritmurile principale (alfa, beta, teta, delta) ale activităţii bioelectrice a creierului, format prin oscilaţii continue diferenţiate după :

- frecvenţă : 14—30 cicli/secunde, cu variaţii imperceptibile ;
- amplitudine : 5—30 µV ;
- morfologie : neregulat, rapid, asincron, asimetric ;
- localizare : frontal şi parietal ;
- proporţia în traseu : 2—30% (ritm mediu-sărac).

Neinfluenţat de stimulare, ritmul beta apare mai ales în regiunile motorii şi poate fi blocat de efortul voluntar. Prezenţa unui ritm beta rapid şi amplu în derivaţiile anterioare poate ridica problema unor tipuri de epilepsie „grand mal" (CRICHEL), dar trebuie menţionată apariţia unui ritm beta cu caracteristici identice şi în cazul utilizării îndelungate a barbituricelor şi tranchilizantelor. Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecţiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului beta :

- *ritm beta difuz*, frecvent întîlnit în majoritatea afecţiunilor psihice ;
- *ritm beta localizat* (frontal bilateral) : schizofrenie, cicatrice cerebrale ;
- *ritm beta în „fusuri de medicaţie"* : barbiturice, tranchilizante.

Drept variantă a ritmului a fost descris ritmul gama cu frecvenţa 30—40 cicli/secundă, amplitudine 5—15 µV, localizare posterioară ; nu se poate pune în evidenţă cu mijloace standard. Nu este unanim acceptat drept variantă a ritmului beta (Federaţia Societăţii de EEG).

193. **BETABLOC**(M) Elveţia, Franţa — DCI *Butidrină* ● Betablocant de tip α-/(sec-butilamino) metil/-5,6,7,8-tetrahidro-2-naftalinmetanol, indicat în anxietate, alcoolism, ca adjuvant în combaterea sevrajelor, în distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

194. **BETABLOCANTE** ● Substanţe farmacodinamic active ale sistemului nervos vegetativ, utilizate iniţial pentru afecţiuni cardiovasculare. Sinteza şi folosirea în practică a acestor substanţe a demonstrat rapid eficacitatea lor asupra unei game mai largi de tablouri psihopatologice, de la starea de stress, anxietate, implicări psihosomatice, pînă la tentative de utilizare în scop antipsihotic. KIELHOLZ, considerînd anxietatea un efect al stimulării sistemului nervos vegetativ simpatic (adrenergic), pune în evidenţă o serie de simptome care vin în favoarea acestei supoziţii : midriază, tremor fin al extremităţilor, uscăciunea gurii, paloare facială, spasm intestinal, transpiraţii, tahicardie, palpitaţii, anorexie, disconfort gastric, diaree, tahipnee, senzaţie de opresiune toracică, constricţie laringeană, micţiuni frecvente, insomnii de adormire, precum şi valori crescute ale tensiunii arteriale şi glicemiei. Tot KIELHOLZ consideră ca echivalenţe ale anxietăţii : cefaleea, dificultăţile de concentrare, fatigabilitatea, activitatea lipsită de scop cu stare de agitaţie, tensiunea intrapsihică, agresivitatea (atacul, ca reacţie paradoxală de

Scanned with OKEN Scanner

apărare), autoagresivitatea (impulsuri suicidare), reacțiile de fugă, tulburările cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, foamea imperioasă, tremuraturile, diareea, polakiuria — răspund la medicația betablocantă. El pune în evidență avantajul betablocantelor față de medicația tranchilizantă, menționînd faptul că acestea nu duc la toleranță și nici la dependență fizică și psihică. Din punct de vedere farmacodinamic, betablocantele sînt substanțe asemănătoare ca structură fizică cu catecolaminele (adrenalina, noradrenalina, dopamina), cu care concură la nivelul receptorilor beta-adrenergici (tip β_1 și β_2). Pe lîngă efectul betablocant comun tuturor produșilor din această grupă, betablocantele mai au și alte efecte, care le diferențiază între ele : efect stabilizator de membrană sau anestezic local ; afinitate selectivă față de anumite organe (în funcție de receptorii β_1 și β_2 conținuți de acestea) ; acțiune stimulentă intrinsecă (ISA).

- *Efectele betablocantelor :*
  - cardiovasculare :
    - — scăderea frecvenței cardiace și a forței de contracție a miocardului (efect maxim cînd simpaticotonia este mai accentuată, efect minim asupra unui subiect în repaus) ; efectului inotrop negativ i se datorează diminuarea pînă la suprimare a durerilor anginoase din boala coronariană, prin scăderea cantității de oxigen consumată ; fluxul coronarian devine suficient pentru abolirea durerilor anginoase și diminuarea frecvenței, accelerată de angor ;
    - — efecte asociate — inhibiția secreției de renină. Este cunoscut faptul că stimularea betareceptorilor renali duce la o secreție crescută de renină, determinînd o hiperproducției de angiotensină II (vasoconstrictor puternic), cu acțiune directă asupra tunicii musculare vasculare și cu efect asupra secreției de aldosteron, care exercită influențe și asupra tonusului simpatic prin acțiune centrală și periferică, crescînd nivelul noradrenalinei circulante și realizînd astfel un cerc vicios, în a cărui combatere, folosirea betablocantelor și-a dovedit eficacitatea, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm, boala coronariană devenind indicațiile de elecție ale acestora ;
  - efecte asupra musculaturii bronșice — unde predomină receptorul β_2 care determină, prin stimulare, relaxarea musculaturii bronșice ; administrarea betablocantelor poate provoca însă bronhospasm, motiv pentru care s-a căutat elaborarea de substanțe cu acțiune selectivă (predominant asupra miocardului) ;
  - efecte asupra metabolismelor — atît lipoliza cît și glicogenoliza, aflîndu-se sub controlul sistemului nervos simpatic pot fi influențate de către betablocante în sensul inhibiției. La diabetici betablocantele influențează și prelungesc efectul insulinei, de aceea administrarea lor se va face cu prudență, în scopul evitării unor accidente hipoglicemice ;
  - efecte asupra terminațiilor nervoase presinaptice — experimental s-a dovedit că efectele betablocante par a fi similare cu efectele stimulatorii ale alfa-receptorilor ;
  - efectul stabilizator de membrană, afinitatea selectivă pentru anumite organe, activitatea stimulent-intrinsecă — pot juca un rol în legătură cu efectele centrale ale betablocantelor. Este probabil că afinitatea selectivă pentru anumite organe se datorează tipurilor de receptori existenți în aceste organe : de exemplu, practololul, metoprololul, acebutolul — sînt betablocante cu acțiune predominantă asupra β_1-receptorilor care predomină în miocard, putîndu-se administra și pacienților cu pneumopatii cronice obstructive, fără risc de spasm bronșic (la nivelul musculaturii netede bronșice predominînd β_2-receptorii). Activitatea simpaticomimetică intrinsecă constă în proprietatea anumitor betablocante de a exercita, pe lîngă efectul principal de betablocadă, o ușoară activitate stimulentă a betareceptorilor, care previne suprimarea totală a impulsurilor simpatice, factor de dezechilibru și de reacții secundare nedorite la anumiți subiecți ; această proprietate este independentă de cardioselectivitate : metroprololul (betablocant cardioselectiv) și propranololul (care nu are cardioselectivitate) nu au activitate stimulentă intrinsecă, în timp ce practololul (cardioselectiv pozitiv) și oxprenololul (cardioselectiv negativ), o au ;
  - efecte asupra sistemului nervos central ; pornindu-se de la constatarea clinică a efectelor periferice ale betablocantelor asupra funcționalității organelor dirijate ale sistemului nervos vegetativ

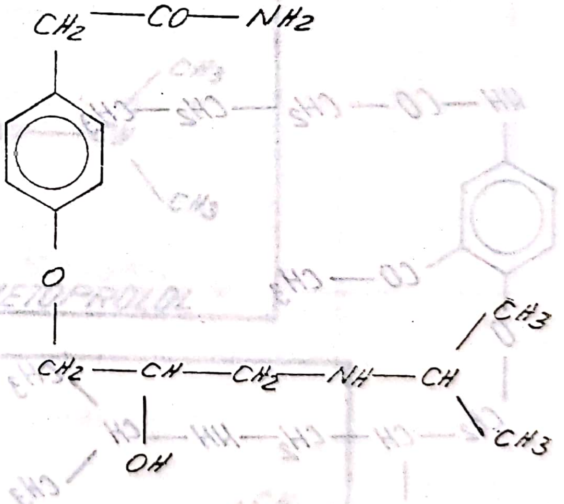
simpatic, s-a constatat că administrarea lor determină modificări psihice, comportamentale și neurologice, caracterizate prin schimbări în pragul de activitate, de vigilență, de excitație și de anxietate. Au fost concepute trei ipoteze ale mecanismului de acțiune a betablocantelor asupra sistemului nervos central :

— la nivelul creierului pot genera efectele sus menționate datorită acțiunii directe și specifice a betablocadei care întrerupe fluxul de informație primit prin mecanisme betaadrenergice ;
— o altă explicație ar fi efectul central nespecific independent de receptorii adrenergici sau de proprietățile betablocantelor ;
— prin mecanism periferic, informațiile conținînd modificările periferice datorate betablocadei s-ar transmite pe cale neuronală sau umorală la nivelul creierului, determinînd aici apariția efectelor centrale, responsabile de modificările observate la nivelul psihismului.

Din aceste ipoteze ar rezulta :

- Existența unor fibre adrenergice la nivelul sistemului nervos central, constituind un sistem responsabil de efectele observate prin acțiunea betablocantelor.
- Existența receptorilor de tip beta la nivelul postsinaptic care, activați de substanțe adrenergice, ar provoca modificări specifice ; acești receptori pot fi inactivați de substanțe cu efect betablocant. Experimental a fost dovedită atît existența unui sistem central adrenergic, cît și a betareceptorilor postsinaptici. Sistemul central adrenergic ar avea rol în : controlul gradului de vigilență, fenomenele de învățare (learning) și recompensă (reward), controlul foamei și sațietății, al termoreglării. Se presupune în final că efectele betablocante s-ar datora nu atît unei acțiuni centrale, cît mai ales periferice, de unde eficacitatea lor maximă în tulburări vegetative, în afecțiuni psihosomatice. Din trecerea în revistă a modalităților de acțiune a betablocantelor, rezultă și felul în care aceste substanțe pot fi folosite în domeniul psihiatriei :

— stările de anxietate cu sau fără simptome somatice asociate (deși par a fi mai eficace în cele de origine somatogenă), neurastenie, nevroză obsesivo-fobică, depresii endogene, ca adjuvant al tratamentului antidepresiv (P. KIELHOLZ, W. POLDINGER) ;
— în tratamentul alcoolismului și al dependenței de droguri (A. M. FREEDMANN) precum și în sindroamele de sevraj cu etiologii diferite (P. LEVIN, E. ROTH) ;
— în sindroamele anxioase la copii (G. NISSEN) ;
— în tulburările de somn (W. P. KOELLA) ;
— în tratamentul tremorului indus de litiu (H. KAISER, L. FLORA), al tremorului parkinsonian (H. CERONE, I. L. CORBETT), al tremorului senil (M. K. THOMPSON) ;
— pentru ridicarea anumitor performanțe sportive (L. SIITONEN, I. JANNE) ;

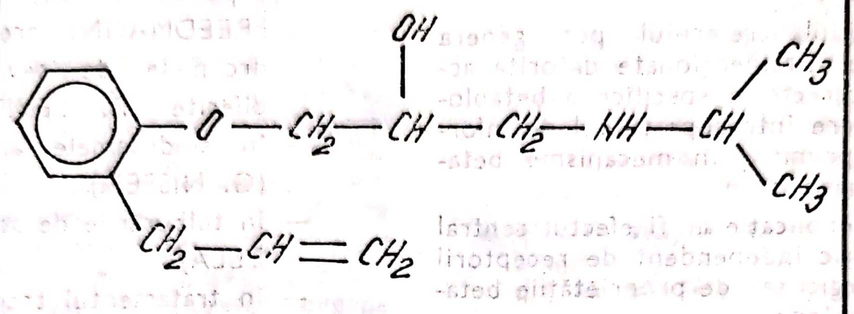


ATENOLOL

— în tratamentele psihozelor, în doze mari (W. GRÜTER).

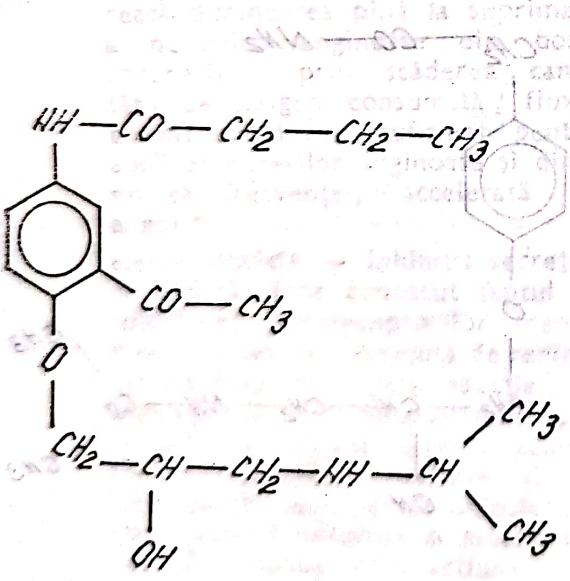
Există foarte numeroși produși farmaceutici cu acțiune betablocantă utilizați drept psihotrope ; în funcție de acțiunea și structura lor chimică, prezentăm următoarea clasificare :

- *Acebutolol*(DCI) :
  - DIASECTRAL(M) Danemarca, Finlanda
  - NEPTAL(M) R.F.G.
  - PRENT(M) Austria, Elveția, Italia R.F.G.,



ALPRENOLOL

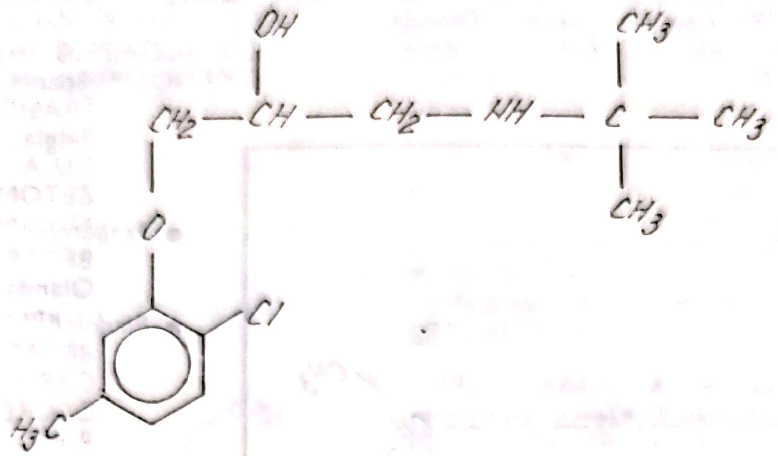
  - RHODIASECTRAL(M) Argentina, R.F.G.
  - SECTRAL(M) Anglia, Franța, Olanda Spania,
- *Alprenolol*(DCI) :
  - APROBAL(M) Japonia
  - APTIN(M) Franța, Italia, Iugoslavia, R.F.G., Spania,



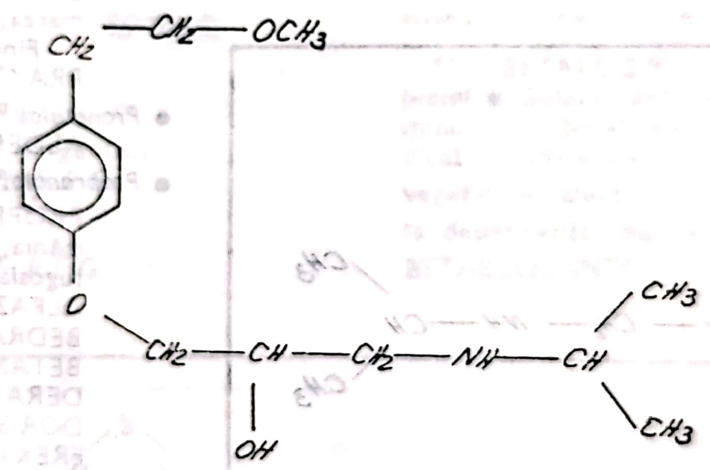
ACEBUTOLOL

  - APTOL(M) Elveția
  - CORBETAN(M) Israel
  - GUBERNAL(M) Elveția, Franța
  - REGLETIN(M) Japonia
- *Atenolol*(DCI) :
  - ATENOL(M) Brazilia, Finlanda
  - NORMITEN(M) Israel
  - TENORMIN(M) Anglia, S.U.A.
  - TENORMINE(M) Elveția, Franța, Italia, R.F.G., Spania
- *Bucomolol*(DCI) :
  - BUCUBOLOL(M) Japonia
  - BUCUMALOL(M) Japonia
- *Bufetolol*(DCI) :
  - ADOBIOL(M) Japonia
- *Bufuralol*(DCI) :
  - ANGIUM(M) Elveția
- *Bunitrolol*(DCI) :
  - BETRILOL(M) Italia
  - STRESSON(M) Austria, R.F.G.
- *Bupranolol*(DCI) :
  - BETADRAN(M) Franța
  - BETADRENOL(M) Elveția, R.F.G.
  - LOOSER(M) Japonia
  - MONOBELTIN(M) Argentina
  - PANIMIT(M) R.F.G.
- *Butidrine*(DCI) :
  - BETABLOC(M) Elveția, Spania
  - RECETAN(M) Italia
- *Butofilol*(DCI) :
  - CAFIDE(M) Franța
- *Carazolol*(DCI) :
  - CANDUCTON(M) R.F.G.
- *Carteolol*(DCI) :
  - MIKERAN(M) Japonia
- *Caliprolol*(DCI) :
  - CELECTOL(M) Austria
- *Indenolol*(DCI) :
  - PULSAN(M) Japonia
- *Meprindolol*(DCI) :
  - CARIDIAN(M) Iugoslavia
  - CORINDOLAN(M) R.F.G.
- *Metipranolol*(DCI) :
  - DISORAT(M) Canada, Elveția, R.F.G.
  - TRIMEPRANOL(M) Cehoslovacia

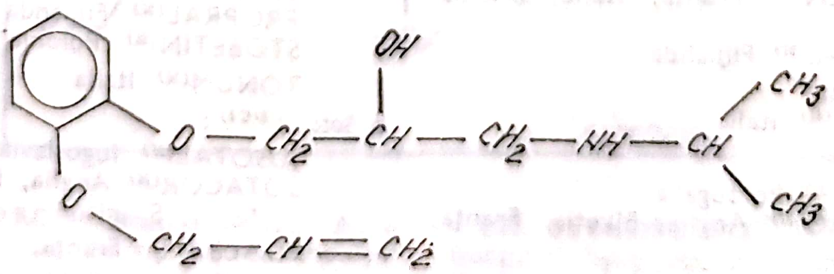
Scanned with OKEN Scanner



BUPRANOLOL

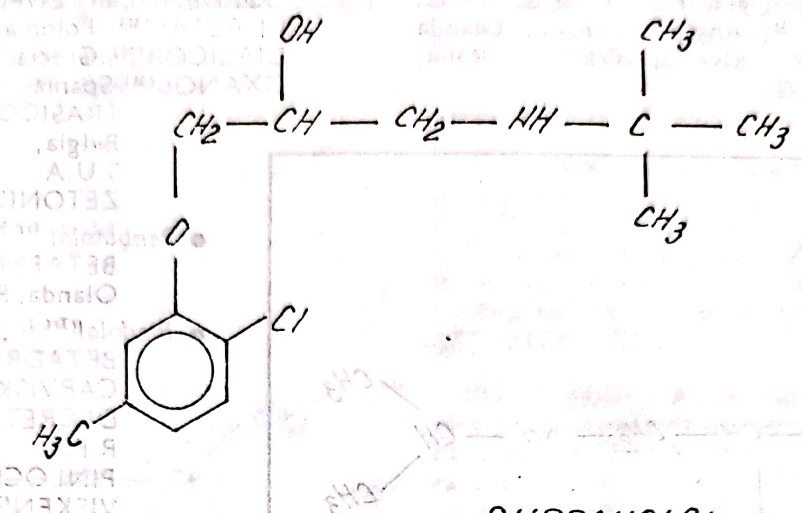


METOPROLOL

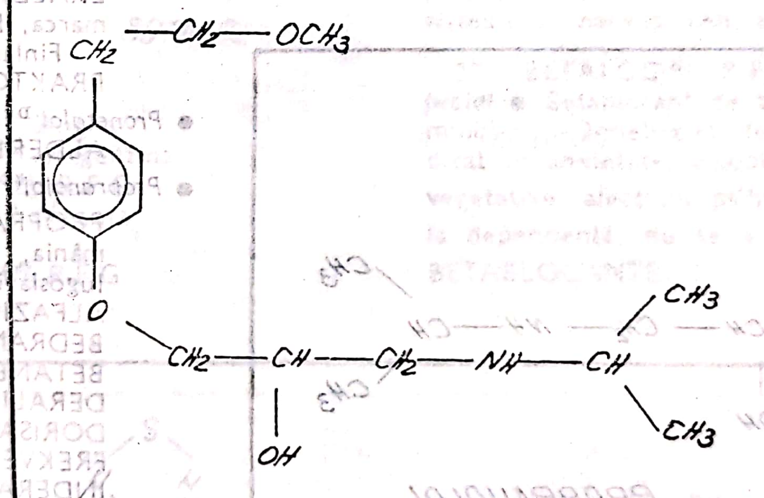


OXPRENOLOL

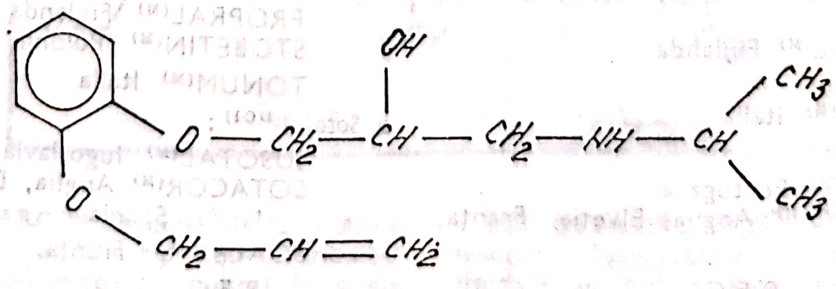
Scanned with OKEN Scanner



BUPRANOLOL



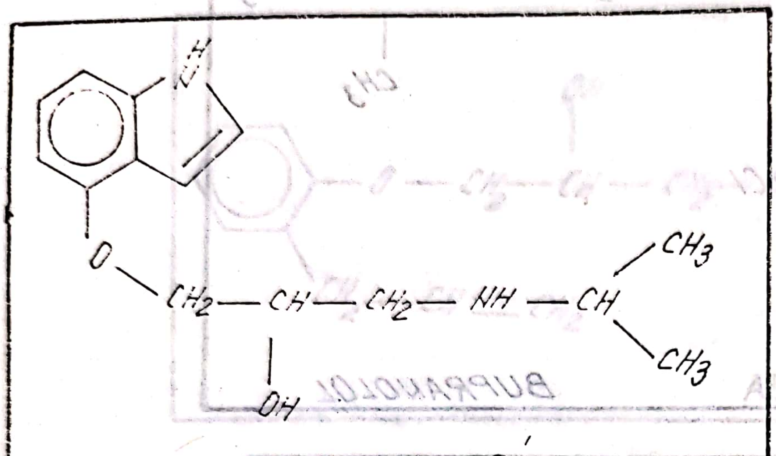
METOPROLOL



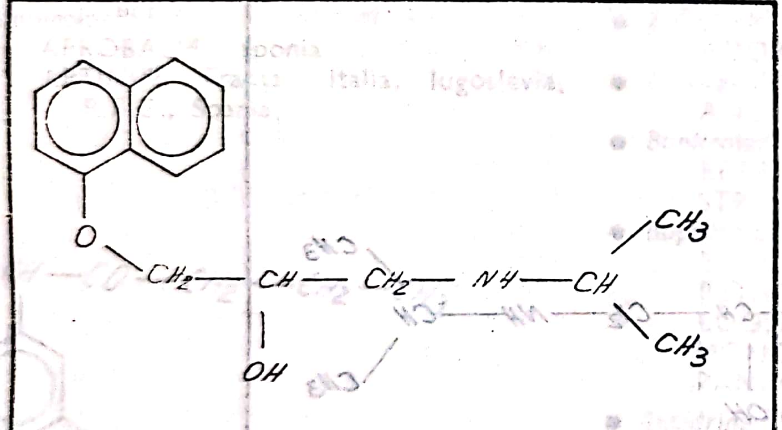
OXPRENOLOL

Scanned with OKEN Scanner

● *Metoprolol*(DCI) :
BELOC(M) Argentina, Austria, R.F.G.
BETALOC(M) Anglia, Canada, Olanda
LOPRESOR(M) Elveţia, Franţa, Italia, R.F.G.



PINDOLOL



PROPRANOLOL

NEOBLOC(M) Israel
PRELIS(M) R.F.G.
SELOKEEN(M) Franţa, Italia, Olanda, Spania
SELOPRAL(M) Finlanda

● *Meprolol*(DCI) :
OMERAL(M) Italia

● *Nadolol*(DCI) :
ANABET(M) Portugalia
CORGARD(M) Anglia, Elveţia, Franţa, S.U.A.
SOLGOL(M) R.F.G.

● *Nifenalol*(DCI) :
IMPEASEL(M) Argentina
INPEA(M) Italia, R.F.G.

● *Oxprenolol*(DCI) :
CORDEXOL(M) Elveţia
CORETAL(M) Polonia
DIALICOR(M) Grecia
OXANOL(M) Spania
TRASICOR(M) Anglia, Belgia, Franţa, R.F.G., S.U.A.
ZETONIUM(M) Grecia

● *Penbutolol*(DCI) :
BETAPRESSIN(M) Elveţia, Olanda, R.F.G

● *Pindolol*(DCI) :
BETADREN(M) Elveţia
CARVISKEN(M) Japonia
DECRETAN(M) Elveţia, R.F.G.
PINLOC(M) Finlanda
VISKEN(M) Anglia, Franţa, Italia, R.F.G., S.U.A.

● *Practolol*(DCI) :
DALZIC(M) R.F.G.
ERALDIN(M) Anglia, Danemarca, Elveţia, Finlanda
PRAKTOL(M) Finlanda

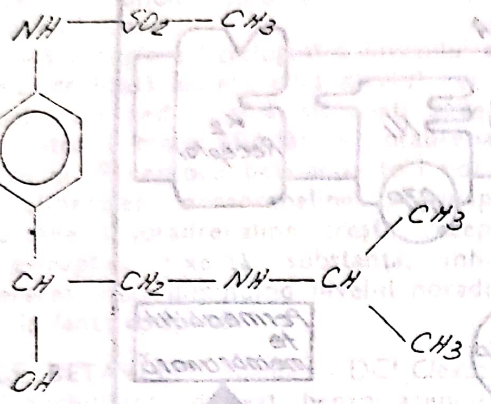
● *Pronetalol*(DCI) :
ALDERLIN(M)

● *Propranolol*(DCI) :
PROPRANOLOL(M) România, Polonia, R.F.G., Iugoslavia
ALFAZICAL(M) Grecia
BEDRANOL(M) Elveţia
BETANEG(M) Italia
DERALIN(M) Israel
DORISAN(M) Grecia
FREKVEN(M) R.F.G.
INDERAL(M) Anglia, Elveţia, Italia, Olanda, Spania
INDOBLOC(M) R.F.G.
OBSIDAN(M) R.D.G.
PRANON(M) Japonia
PROPRAL(M) Finlanda
STOBETIN(M) Polonia
TONUM(M) Italia

● *Sotolol*(DCI) :
JUSOTAL(M) Iugoslavia
SOTACOR(M) Anglia, Danemarca, Finlanda, Spania
SOALEX(M) Franţa, Grecia, Italia, R.F.G.
SOTAPER(M) Mexic

● *Talinolol*(DCI) :
CORDANIUM(M) R.D.G.

● *Timolol*[DCI] :
BETIM(E)[M] Anglia, Danemarca, Franţa, Spania
BLOCANOL[M] Finlanda
METABLEN[M] Iugoslavia



SOTALOL

PRESTIM[M] Anglia
PROFLAX[M] Argentina
TEMSERIN[M] R.F.G.
TIMACOR[M] Franţa

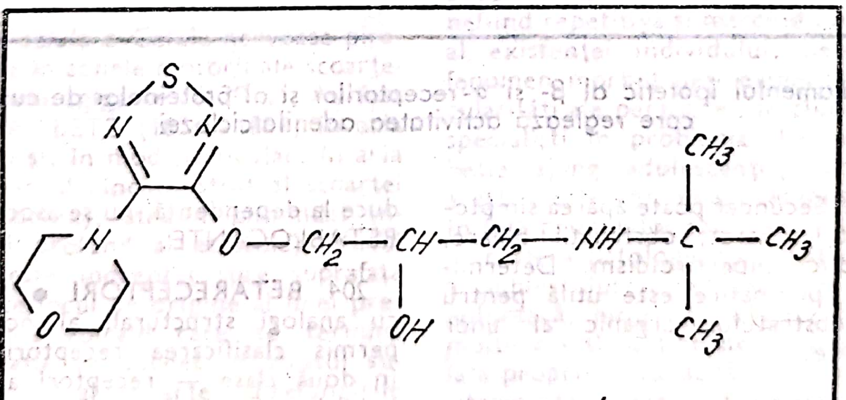
● *Toliprolol*[DCI] :
DOBEROL[M] R.F.G.

196. BETACARDONE[M] Anglia — DCI *Sotalol* ● Betablocant de tip 4'-/1-hidroxi-2- isopropilamino)etil/metan-sulfonanilidă, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, posedă valenţe adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

197. BETADREN[M] Elveţia — DCI *Pindolol* ● Betablocant de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism, adjuvant în combaterea sevrajelor. Nu se administrează în depresii şi nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

198. BETAINĂ ● Derivat metilat de glicină care funcţionează ca donator de grupări metil, donator ce poate servi la sinteza colinei, care prin acetilare va da naştere acetilcolinei, unul din mediatorii chimici ai sistemului nervos central. Colina se poate oxida la rîndul ei în betaină şi este de asemenea un precursor al unor tioaminoacizi ca metionina, precum şi al compuşilor purinici cu rol în activitatea sistemului nervos central.

199. BETALOC[M] R.F.G. — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (±)-1-(isopropilamino)-3-/p-(2-metoxietil)fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.



TIMOLOL

195. BETACARD[M] Austria — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, afecţiuni psihosomatice. Nu duc la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

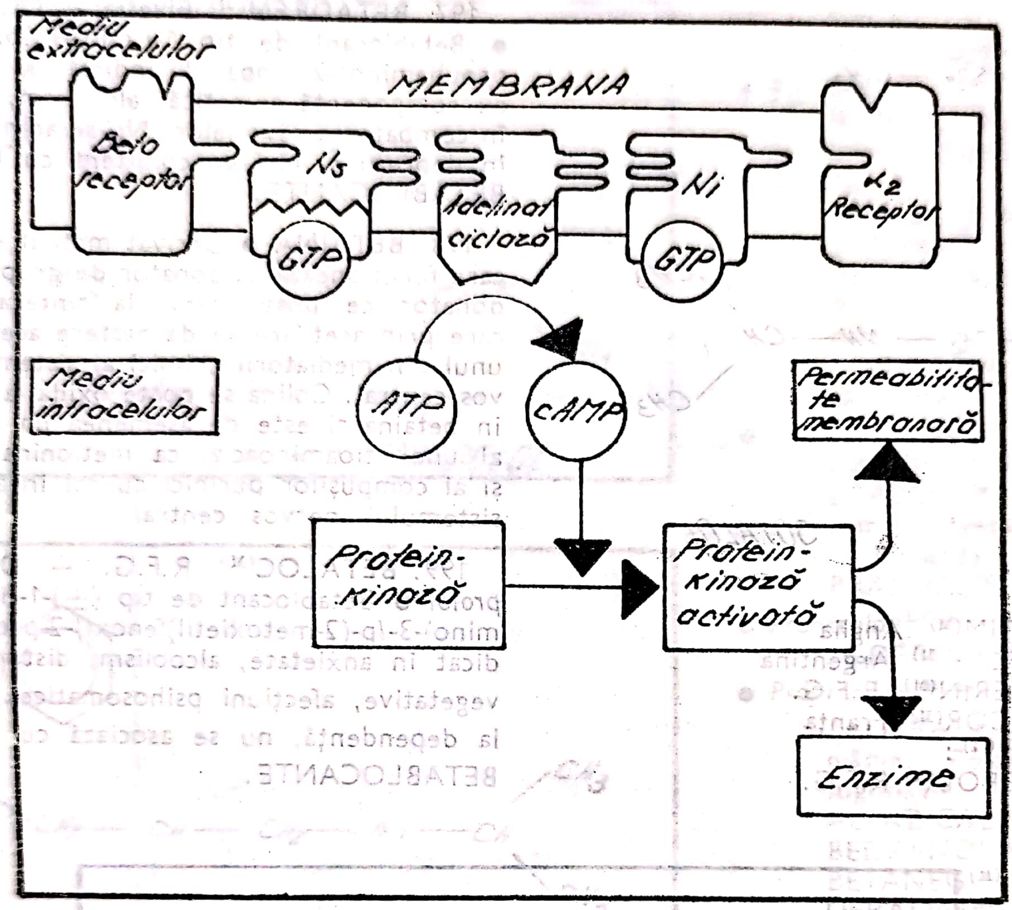
200. BETALIPOPROTEINE ● Corespund fracţiunii lipoproteice cu densitate mică din lipidele plasmatice. Conţin cantităţi mari de colesterol, alte lipide, caroten, vitaminele liposolubile A şi E. Au rolul de a transporta trigliceride de la ficat la alte ţesuturi. Creşterea concentraţiei lor determină hiperlipopro-

teinemia de tip II asociată cu niveluri foarte ridicate ale colesterolului care se depune, alături de grăsimile neutre, în țesuturi, sub formă de xantoame și sub endoteliul vascular (ateroame), determinînd o tendință crescută la ateroscleroză. Secundar poate apărea simptomatic în diabetul zaharat, obstrucții biliare, sindrom nevrotic, hipertiroidism. Determinarea valorilor plasmatice este utilă pentru confirmarea substratului organic al unor tulburări psihice.

201. **BETANAMIN**(M) Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

202. **BETANEG**(M) Italia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PROPRANOLOL(M) România.

203. **BETADRAN**(M) Franța — DCI *Bupranolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-/(6-clor-m-tolil)oxi/-2-propanol, indicat în anxietate, sindrom cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO→ BETABLOCANTE.



Aranjamentul ipotetic al β- și α-receptorilor și al proteinelor de cuplare care reglează activitatea adenilatciclazei

204. **BETARECEPTORI** ● Studii efectuate cu analogi structurali ai noradrenalinei au permis clasificarea receptorilor adrenergici în două clase — receptori alfaadrenergici și betaadrenergici, țesuturile țintă putînd avea ambele categorii de receptori sau numai una dintre ele. S-a constatat astfel că unele substanțe reproduc numai cîteva din efectele noradrenalinei, iar unii antagoniști inhibă numai unele dintre efectele acestei substanțe. Prin utilizarea agoniștilor și antagoniștilor, receptorii beta au fost împărțiți la rîndul lor in β_1 și β_2. Agoniștii β_1-receptorilor sînt sotereneul,

izopropil-noradrenalină, iar agoniști de β_2-receptori sînt salbutamolul, orciprenalina și perbutalina. Antagoniști de β_1 sînt propranololul, acebutolul, sotalolul și alprenololul. Antagoniști de β_2 sînt butoxamina și timoxamina. Efectele adrenergice consecutive excitării receptorilor beta sînt considerate azi a fi secundare unei creșteri a concentrației intracelulare a adenozinmonofosfatului ciclic prin stimularea adenilciclazei.

Există o reglare fiziologică a nivelului adrenergic, realizată astfel : cînd nivelul noradrenalinei este redus, sînt stimulați receptori beta datorită marii afinități a noradrenalinei pentru ei. Receptorii beta-activatori vor facilita eliberarea noradrenalinei presinaptice. Cînd nivelul noradrenalinei crește, receptorii α_1-presinaptici fixează substanța, inhibînd eliberarea, deci diminuînd nivelul noradrenalinei în fanta sinaptică.

205. **BETAVEL**(M) Spania — DCI *Cloxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-11b-(0-clorfenil)-2,3,7,11b-tetrahidro-oxazolo/3,2-d//1,4/, cu acțiune anxiolitic sedativă și miorelaxantă.

206. **BETIM**(E)(M) Anglia, Danemarca, Franța, Irlanda, Olanda, Suedia — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butil-amino-3-/(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il) oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, boli psihosomatice, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajului. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

207. **BETZ** — *celule* ● Celule nervoase piramidale mari, care în zonele motorii ale scoarței ajung la dimensiuni „gigante" (120 μ). Au fost descrise de V. A. BETZ (1834—1894) în aria 4 și 6 Brodmann și, în mod particular, în aria 4γ precentrală, în al cincilea strat al scoarței cerebrale (neocortex), stratul piramidal intern (în stratul profund al acestuia). Vîrful celulelor Betz este îndreptat spre suprafața cortexului și este locul de origine al unei prelungiri dendritice apicale care se termină printr-o ramificație în buchet în stratul superficial (molecular) al scoarței. Prelungirile dendritice bazale, orientate în plan orizontal, ocupă un teritoriu mai ridicat. Axonul celulelor Betz intră în substanța albă, este un axon lung de proiecție sau asociație la distanță și emite colaterale recurente celulelor piramidale din vecinătate sau interneuronilor. Excitarea colateralelor recurente aflate în contact cu alte celule piramidale are numai efect inhibitor, în timp ce colateralele legate de interneuroni pot determina, la excitarea lor, atît efecte inhibitorii cît și dezinhibitorii. Viteza de conducere a influxului nervos prin celulele Betz este mare (40—100 m/sec.). În unele zone ale izocortexului, cum ar fi zona vizuală, aceste celule sînt înlocuite de celule mari, stelate.

208. **BEȚIE** (beat : lat. *bibitus* ; sufix -ie) ● Ansamblul manifestărilor neuropsihice și motorii care apar în urma unor intoxicații acute masive, produse voluntar sau accidental (mai rar). Aceste manifestări sînt variabile ca durată, intensitate, evoluție. Manifestările motorii constau din apariția succesivă a unei stări de excitație, urmată de incoordonare motorie, dizartrie și apoi de o hipotonie musculară, care poate evolua uneori spre o fază de inerție totală. Este posibilă apariția convulsiilor și a incontinenței sfincteriene. Aceste simptome sînt însoțite de dezordini neurovegetative, concretizate în tahicardie, urmată de bradicardie, modificări pupilare, vomismente. Tabloul este întregit prin apariția tulburărilor psihice, constînd în logoree, exuberanță, modificări cantitative și calitative ale percepției (iluzii, halucinații), caracteristice fazei de excitație ; evoluția în cazul intoxicației masive se face spre stare confuzională, obtuzie, stupoare. Beția voluntară nu semnifică neapărat o stare morbidă. În limitele normalității, ea poate avea diferite motivații : eșec (dorința de a uita realitatea) sau dimpotrivă, succes, realizare (dorința de a prelungi, exacerba sau împărți cu alții starea de euforie, determinată de acest succes) ; în aceste limite, nefiind repetitivă și marcînd numai un moment al existenței individului, beția nu este un fenomen morbid deși evidențiază unele particularități ale persoanei, în ciuda opoziției unor specialiști în problemă. Uneori, în stare de beție ajung adolescenții, care bravează în acest mod, vor să-și demonstreze bărbăția, în fața prietenilor sau a sexului opus.

În sfera patologicului, motivația psihologică a subiectului care recurge la intoxicația voluntară, motivație a unui Eu de cele mai multe ori slab, ține de dorința de refugiu în fața propriei incapacități de adaptare, de necesitatea de a scăpa de o tensiune anxioasă, de dorința de uitare, semnificînd în fond o regresie. Avînd caracter repetitiv, inducerea voluntară a acestei stări capătă semnificația unei autodistrugeri, mai mult sau mai puțin conștiente. Termenul de beție, deși este asociat, de regulă, alcoolismului, se aplică și altor stări, produse de substanțe cu efect psihotrop. În funcție de factorul care-l produce — alcoo-

droguri, substanţe industriale, modificări ale presiunii atmosferice — tabloul clinic al beţiei capătă coloraturi diferite:

- *beţia alcoolică* se caracterizează prin apariţia unui comportament dezinhibat — prin eliberarea de sub controlul instanţelor superioare — care poate avea, uneori, consecinţe medico-legale. Gravitatea decurge şi din faptul că intensitatea manifestărilor nu este proporţională cu cantitatea de alcool ingerată (deci acest comportament dezinhibat poate apărea nu numai la „marii băutori", ci şi la cei ce consumă cantităţi mici sau moderate);
- *beţia etilică* are debut şi sfîrşit brusc; prezintă excitaţie impulsivă, logoree, comportament sexual dezinhibat;
- *beţia cannabică* se instalează mai lent, prin faze succesive, caracterizîndu-se printr-o hiperestezie specifică;
- *beţia cu oxid de carbon* apare în cazul intoxicaţiei cu doze mici, dar care se prelungeşte în timp, manifestîndu-se prin modificări ale stării de conştiinţă (obnubilare, dizartrie, cefalee). Dozele mari conduc la instalarea comei; beţiile cu substanţe industriale, precum sulfura de carbon, distilaţi de petrol, apar la muncitorii care lucrează în ramurile industriale ce folosesc aceste substanţe;
- *beţia muscarinică*, apărută cu ocazia ingestiei accidentale de ciuperci de tip Amanita, se manifestă printr-o excitaţie ebrioasă, euforie, furie, la care se adaugă fenomene digestive grave;
- *beţia adîncurilor* este apanajul scafandrilor profesionişti dar în ultimul timp, prin apariţia posibilităţii de scufundare cu aparate automate, a început să apară şi la scufundătorii sportivi. Inhalarea, sub influenţa unei presiuni extrem de mari, a unui amestec gazos bogat în oxigen provoacă hiperoxie cu hipocapnie, conducînd la scăderea importantă a debitului cerebral, ceea ce determină apariţia unei stări euforice grave. Există şi posibilitatea complicării cu embolie gazoasă cu azot. Reanimarea în aceste cazuri se face în camere hiperbare.

209. **BEŢIE ACUTĂ** • Intoxicaţie acută şi masivă cu alcool, ce realizează o concentraţie în sînge de aproximativ 1‰, fie că este vorba de un consumator ocazional de alcool, fie de un alcoolic cronic, cu ocazia unei noi supraîncărcări. Este bine cunoscut (şi uneori greşit interpretat) faptul că instalarea beţiei acute este variabilă, în funcţie de individ (POROT apreciază chiar că 30% din subiecţi „se îmbată" la o alcoolemie de 1 g, 50% la 1,50 şi 100% la 2 g alcoolemie). Oricum, este evidentă relaţia direct proporţională între intensitatea şi amploarea sindromului neuropsihic şi creşterea alcoolemiei. Aspectele clinice particulare întîlnite la unii băutori, în raport cu marea majoritate, au determinat diferenţierea beţiei acute în forma simplă şi forma complicată sau patologică.

Este semnificativă părerea autorilor germani, care consideră că orice beţie acută reprezintă, de fapt, o psihoză exogenă tranzitorie, mai precis, un sindrom psihoorganic acut, al cărui grad de reversibilitate depinde de cantitatea de alcool şi de toleranţa subiectului. Beţia simplă reuneşte modificări exprimate pe plan psihic, vegetativ şi motor. Primele faze (infraclinică şi excitomotorie) vizează acele modificări în plan psihic pe care cei mai mulţi le caută în consumul de alcool: stimulare a ideaţiei şi dispoziţiei, cu logoree, euforie, supradimensionarea propriilor calităţi şi performanţe (scăderea simţului autocritic), facilitarea stabilirii relaţiilor interumane, creşterea atenţiei şi a imaginaţiei, concomitent cu exagerarea instabilităţii.

MÜLLER acreditează nivelul de 0,3‰ al alcoolemiei, ca fiind un prag general peste care începe manifestarea modificărilor descrise, pentru ca, la 0,8‰, performanţele psihomotorii să fie net scăzute (demonstrate prin teste psihologice), chiar dacă incoordonarea motorie nu este exprimată clinic. Tahicardie şi apoi bradicardie, transpiraţii, uneori vărsături, modificări de reflexe pupilare — acestea sînt tulburările vegetative care se adaugă tulburărilor psihice. Odată cu creşterea alcoolemiei (1—2 g‰), locul excitaţiei este luat de o adevărată incoerenţă, dezinhibiţie instructiv-emoţională, obnubilare, amnezie lacunară şi accentuarea incoordonării motorii, dizartriei, hipotoniei, hipoesteziei senzitivo-senzoriale (faza ebrioasă). Sînt posibile şi convulsii. Depăşirea unei concentraţii de 2 g‰ reprezintă intrarea subiectului în faza de somn; se produce o adevărată paralizie şi anestezie, care ia forma unei come profunde şi în care exitusul nu este o eventualitate rară (la 4—6 g‰).

Ocazionată de ritmul vieţii moderne, generatoare de stres, de evenimente care provoacă trăiri afective negative, beţia acută apare mai ales la personalităţi structurate dizarmonic sau la personalităţi nevrotice, imature, incapabile de o adaptare eficientă la real, practic incapabile de a rezolva impactul dintre dorinţe şi realitate; beţia devine astfel o modalitate

surogat de ieşire din situaţie, modalitate care urmează principiul dorinţei. Beţia acută apare accidental la copii şi adolescenţi. Ea poate determina acte medico-leagale.

210. **BEŢIE DE SOMN** (GUDEN) →(sin.) ELPENOR[S] sindrom.

211. **BEŢIE PATOLOGICĂ** ● Reprezintă o formă complicată a beţiei acute (ZIEHEN), deosebindu-se mai mult prin aspectele cantitative, de forma simplă ; se întîlneşte la alcoolicul cronic şi este în strînsă legătură cu trăsăturile de personalitate ale subiectului, care se accentuează pînă la atingerea nivelului psihotic de tip depresiv, paranoid sau maniacal. Tulburări de conştiinţă, tulburări de tip delirium tremens sau halucinoză acută se exprimă pe fondul acestei forme de intoxicaţie acută alcoolică, epuizindu-se odată cu scăderea nivelului alcoolemiei. GARNIER sistematizează toate aceste forme în cele trei tipuri :

- beţie halucinatorie (fenomene halucinatorii complexe, cu conţinut terifiant, faţă de care subiectul se apără printr-un comportament delirant, uneori însoţit de violenţă ; se apropie de sindromul confuzo-oniric al alcoolicilor cronici) ;
- beţie delirantă în care megalomania, persecuţia, gelozia şi autodeprecierea reprezintă trăsăturile dominante ;
- beţie excito-motorie, stare crepusculară, antrenînd posibile acte medico-legale, comă şi amnezie lacunară, survenită la ingerarea unei cantităţi relativ nici de alcool şi presupunînd o deficienţă metabolică înnăscută ; ridică probleme de diagnostic diferenţial cu epilepsia (caz în care celelalte semne de intoxicaţie acută alcoolică lipsesc cu desăvîrşire).

În legătură cu această formă de beţie patologică, majoritatea autorilor admit o formă distinctă de boală, în sensul prefigurării unei dispoziţii epileptogene constituţionale, relevate de acţiunea dezinhibitorie a alcoolului (KRAFFT — EBING, HEILBRONNER, SCHRÖDER etc.) şi cu modificări bioelectrice. Autorii francezi includ în categoria beţiilor patologice şi formele : convulsivă (cicluri de stări de excitaţie psihomotorie, crize convulsive, stări confuzionale) şi comatoasă, „d'emblée" (în care inducerea în scurt timp a unei alcoolemii ridicate generează coma).

Dipsomania, deşi cunoaşte un mecanism patologic de producere (modificarea periodică a dispoziţiei în sens disforic sau depresiv sau ca impulsiune, necesitate imperioasă de a consuma alcool la personalităţi structurate dizarmonic), nu este inclusă în cadrul definit aici, fiind concepută de majoritatea autorilor (inclusiv de cel care a descris-o pentru prima dată, în 1819, HUFELAND) ca o pierdere a controlului voliţional asupra conduitei de a consuma alcool, la subiecţii care practică acest tip de toxicomanie de mult timp, dar cu perioade de abstinenţă totală. Ei pot fi încadraţi în tipul gama de alcoolism (JELLINEK), dovada fiind oferită de prezenţa semnelor de impregnare alcoolică atunci cînd abstinenţa este scurtată la 1—2 săptămîni.

212. **BIALZEPAM**[M] Portugalia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic →(sin.) DIAZEPAM[M] România.

213. **BIANCHI**[S] *sindrom* ● Leziunile lobului parietal produc o triadă simptomatică de tip afazic, apraxic, alexic — reunite de BIANCHI în sindromul ce-i poartă numele.

214. **BIAS** (engl. *bias* „predispoziţie, prejudecată, influenţă") ● Termen folosit pentru a delimita orice posibilitate de eroare în timpul efectuării anchetelor sociale.

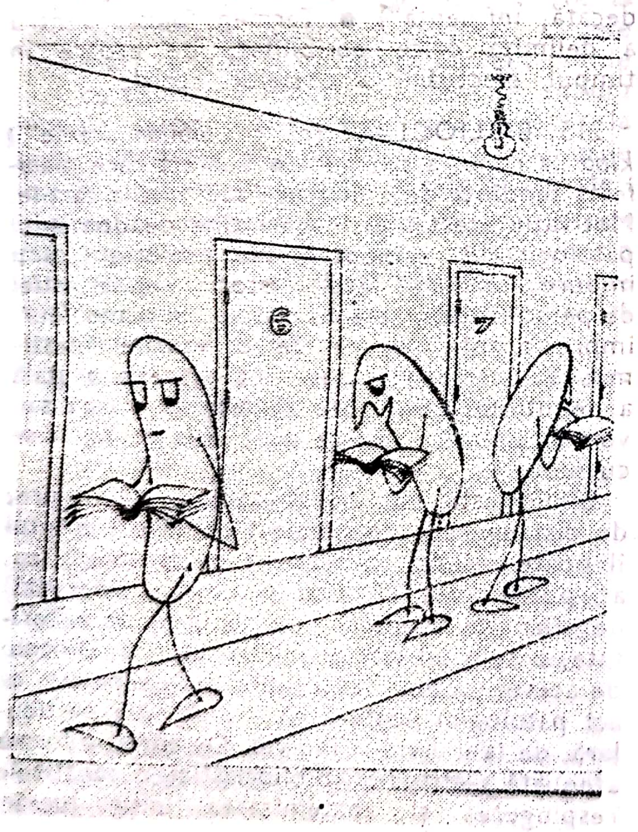
215. **BIBLIOCLAST** (cf. gr. *biblion* „carte" ; *klao* „a rupe, a sparge") ● Subiect care manifestă tendinţa de a distruge sau mutila cărţile. Motivaţia acestei distrugeri ţine de domeniul patologicului, psihopatic sau psihotic („cărţi impure, imorale" etc.). Istoria reţine astfel de personalităţi, care au distrus, în autodafeuri impresionante, opere de o valoare inestimabilă. Asemenea cazuri sînt expresia brutală a neputinţei celor care nu vor să piardă sau vor să cîştige cu orice preţ ceea ce nu li se cuvine.

Biblioclastia este un act patologic de negare; de distrugere a unui obiect pe care subiectul îl poate resimţi inconştient ca acuzator ; ea, ar putea avea la bază o nevoie (aberantă) de afirmare a puterii, un complex de autoritate, o culpabilitate profundă refulată. Dincolo de aceste ipoteze actul biblioclast (repetăm, ca act patologic) poate avea o motivaţie particulară, de la individ la individ. De altfel, o formă atenuată a atitudinii biblioclastice o constituie respingerea şi anatemizarea unor lucrări înainte de a fi citite.

216. **BIBLIOFOBIE**[F] (cf. gr. *biblion* ; *phobos* „frică") ● Repulsie patologică, conştient nejustificată, faţă de cărţi, albume, biblioteci ; apare în schizofrenie (a nu se confunda cu repulsia pentru anumite cărţi, expresie a unei anumite motivaţii conştiente).

217. **BIBLIOMANIE** (cf. gr. *biblion* ; *mania* „nebunie") ● Dorința puternică — și trecerea la act — de a colecționa cărți, mai ales exemplare rare, în dezacord cu posibilitățile intelectuale și materiale ale subiectului. Are o anumită semnificație la analfabet, alta la semidoct, pentru ca, în fine, să-și piardă nuanța psihopatologică atunci cînd preocupările și posibilitățile intelectuale ale subiectului îl situează în sfera colecționarismului obișnuit.

218. **BIBLIOTERAPIE** (cf. gr. *biblion* ; *therapeutein* „a îngriji") ● Metodă de tratament folosită în psihiatrie, constînd în oferirea unor lecturi selecționate subiectului aflat într-o situație existențială dificilă. Este folosită ca adjuvant psihoterapeutic, recomandat de BROOKS în următoarele situații : ca ajutor pentru subiect, în cunoașterea propriilor reacții fiziologice și psihologice ; în situații frustrante în corectarea unor cunoștințe insuficiente sau eronate ; în scopul facilitării relației pacientului cu psihoterapeutul, prin clarificarea anumitor termeni utilizați în



psihoterapie, pentru stimularea participării subiectului la verbalizarea unor tensiuni interioare rezultate din sentimentul de frică, rușine sau vinovăție, în legătură cu o anumită problematică ; pentru activarea unei motivații constructive în intervalul dintre ședințele de psihoterapie ; pentru întărirea unor modele sociale și culturale general acceptate, și estomparea celor de tip infantil care-i pot influența comportamentul ; în scopul stimulării imaginației subiectului, oferindu-i substitute satisfăcătoare, pe care realitatea afectivă nu i le poate oferi decît în condiții dezavantajoase ; pentru a-i lărgi sfera de interese ; drept adjuvant al unui program de reconsiderare a vocației profesionale.

Selectarea lecturilor rămîne o sarcină pe care psihoterapeutul și-o asumă față de subiect, în funcție de obiectivele terapiei, de nivelul atins în psihoterapie, de pregătirea intelectuală a subiectului și, mai ales, în legătură cu problematica sa (simptome, manifestări, reacții etc.). În funcție de acești factori, psihoterapeutul va comenta conținutul lucrărilor împreună cu pacientul și îl va îndruma în mod indirect. Această metodă este valoroasă în cursul procesului de educație a adolescentului și tînărului (mai ales în timpul crizelor existențiale specifice vîrstelor respective), ca și în psihoterapia aplicată personalităților dizarmonice, în cursul sau mai ales după decompensările acestora. O condiție necesară este dorința de instrucție și educație a subiectului.

219. **BICI ȘFICHIUITOR**(I) *iluzie* ● Iluzie vizuală cu caracter fiziologic explicată de DODGE (1904) prin mecanismele vederii centrale și periferice ; el a descris-o astfel : imprimînd o mișcare oscilatorie inegală la două pendule suspendate de aceeași bară, apare impresia că pendulul ajuns primul la capătul oscilației (în momentul de inerție ce precede următoarea mișcare oscilatorie) ar atrage ca un magnet al doilea pendul, aflat în urma lui.

220. **BICKEL-LOWE**(S) *sindrom* — sin. LOWE-TERREY-Mc LACHLAN(S) sindrom : OCULO-CEREBRO-RENAL (FANCONI)(S) sin s rom →. LOWE(S) sindrom.

221. **BICULTURALISM** → DUALISM CULTURAL.

222. **BIDEMA**(T) *test* sin. BIDEMA-WARTEGG(T) test ● Test de completare a desenului, descris în 1969. Pe o foaie de hîrtie cu fond negru, ies în evidență opt pătrate albe. În fiecare pătrat, există un semn grafic, care constituie punctul de plecare al unui desen pe care trebuie să-l realizeze subiectul. WARTEGG a clasificat desenele obținute în

Scanned with OKEN Scanner

două tipuri : globale și de detaliu. Acestora le corespund diferite însușiri psihice ale subiecților examinați. Interpretarea se referă la conținutul temei, caracteristicile grafice.

223. **BILIKIEWICZ Tadeus** (1901—1980) ● Întemeietor al școlii originale poloneze de psihiatrie, a condus, din 1946, Clinica de boli psihice din Gdansk, în care și-a orientat cercetările în domeniul psihopatologiei generale, nevrozelor și psihoterapiei. A publicat un tratat de psihiatrie în șase volume, precum și numeroase alte lucrări privind nevrozele și tratamentul lor.

224. **BIELCHOWSKI**[B] *boală* — sin. IDIOȚIE AMAUROTICĂ ● Formă infantilă tardivă a bolii Tay-Sachs : debut la 2—3 ani, cu regresie masivă a funcțiilor intelectuale, asociată cu o bogată simptomatologie neurologică de tip degenerativ cerebrovascular.

225. **BIERMER** — *anemie* ● Numită și anemie pernicioasă, formă de anemie care apare mai ales la femei, cu debut insidios, de cele mai multe ori printr-o senzație de astenie marcată. Se caracterizează printr-o triadă simptomatică reprezentată de : tulburări digestive (atrofia mucoasei gastrice cu aclorhidrie histamino-refractară), semne neurologice ce pot merge pînă la mielită funiculară și semne hematologice, reprezentate de anemie megalocitară megaloblastică. Semnele psihice ale acestei boli sînt depresia, apatia și somnolența, în strînsă legătură cu scăderea nivelului seric a vitaminei B_{12}. Carențele grave se însoțesc de sindroame confuzionale. Boala este determinată de avitaminoza B_{12}, prin deficit de absorbție, datorită absenței factorului intrinsec Castle din sucul gastric. Tratamentul este unic : administrarea de vitamina B_{12} în doze de atac, pînă la normalizarea hemogramiei, după care se administrează doze de întreținere, tratamentul fiind obligatoriu și permanent.

226. **BIERNACKI**[S] *semn* ● Anestezie a teritoriului nervului cubital (plex brahial), întîlnită în paralizia generală progresivă și tabes, descrisă de cel al cărui nume îl poartă.

227. **BIFACTORIAL** (fr. *bifactoriel* : cf. lat. *bis* „de două ori" ; factor „cel care face, creator, autor") ● Referitor la doi factori sau la produsul a doi factori sau categorii de factori. În matematică, metoda de analiză bifactorială servește la analiza datelor clasificate după două criterii sau ele însele rezultat a doi factori. În psihologie este cunoscută teoria bifactorială asupra inteligenței (SPEARMAN, THOMPSON), în care factorii G (general) și S (special) joacă un rol preponderent, ea fiind depășită însă, fără drept de apel, de teoria multifactorială (THURSTONE, GUILFORD), care ia în considerare o pluralitate de argumente biologice, psihologice sau sociale în determinismul aptitudinal al persoanei.

228. **BIFAZIC** — EEG (cf. lat. *bis* ; gr. *phasis* „apariție") ● Variație succesivă de polaritate în cele două sensuri diferite (pozitiv/negativ) a grafoelementelor unui traseu EEG.

229. **BIGNAMI**[S] *sindrom* —sin.→ MARCHIAFAVA-BIGNAMI[S] sindrom.

230. **BIGOT** (fr. *bigot*) ● Persoană a cărei religiozitate se caracterizează printr-o credință habotnică și mărginită, atingînd fanatismul. Bigotismul este favorizat de carențe culturale, este apanajul mediilor sau grupurilor sociale unde mass-media pătrund greu. Bigotismul este apanajul unui Eu slab, al unei personalități imature, pentru care este convenabil dictonul „crede și nu cerceta" fiindcă astfel rezolvarea problemelor — și deci lupta cu toate dificultățile — este transferată unei instanțe superioare, divine, pe seama căreia individul lasă viața și căreia i se „supune" orbește. Prin acest termen (drept nume de cod) — de altfel bine ales — au fost desemnați, în cursul celui de-al doilea război mondial, toți cei care erau la curent (lucrau la aceasta) cu operația de debarcare din Normandia, din iunie 1944.

În viața cotidiană bigotul este un intransigent moral cu sine și cu ceilalți, aplicîndu-și și aplicînd legi morale exagerat de rigide. Este un scrupulos, cu un simț al datoriei exagerat, un bun executant, dar lipsit de inițiativă și creativitate, hărțuit de îndoiala de a nu-și fi făcut îndeajuns datoria sau de a nu fi respectat întrutotul perceptele impuse. Puțin sociabil, lipsit de anturaj, nu caută prieteni și nu este căutat, tocmai din cauza lipsei bucuriei de a trăi. Privește viața numai ca pe o datorie. Gîndirea îi este împovărată de misticism, de superstiții, acceptate fără a fi analizate, preluate fără critică și a căror nerespectare creează panică. Fanatismul, mărginirea, determină rigiditatea psihică, lipsa de abilitate necesară adaptării, raportarea la un singur și imuabil sistem de referință. Psihopatologic, personalitatea bigotă ar putea fi înscrisă în cadrul personalității psiahstenice.

231. **BIKELE**[S] *semn*. ● Rezistență la tentativa de extindere activă a articulație

cotului cînd braţul este ridicat la nivelul umărului, evidenţiind iritaţia meningeană, la fel ca şi semnul Kernig.

232. **BILANISM** (fr. *bilan* „bilanţ"; sufix -ism) ● Termen introdus de CH. ODIER, în 1937, pentru a descrie un comportament obsesional care-l obligă pe subiect la stabilirea unui bilanţ anterior oricărei acţiuni. H. EY (1948) foloseşte termenul într-un sens diferit, pentru a descrie masochismul moral, în care „subiectul nu poate accede la plăcerea sexuală niciodată, fără a se împotrivi atît pentru alegerea partenerei/partenerului, cît şi pentru situaţia unde se desfăşoară aventura sa amoroasă, cu tulburări, decepţii, inconveniente, tracasări, remuşcări compensatorii".

233. **BILANŢ** (germ. *Bilanz*; cf. ital. *bilancio*) ● Reprezintă, în biologie, o sinteză cantitativă a tuturor elementelor primite şi cedate de organism. Astfel: bilanţul azotat reprezintă relaţia dintre intensitatea proceselor de sinteză a proteinelor şi procesele de catabolizare a aminoacizilor, urmate de eliminarea azotului din organism. Concret, este reprezentat de diferenţa dintre cantitatea de azot ingerat şi cel eliminat din urină şi fecale. Bilanţul azotat este echilibrat atunci cînd ingestia de compuşi azotaţi (proteine) este egală cu excreţia. În stare de echilibru azotat, organismul nu reţine azotul, aportul exogen de aminoacizi compensează pierderile, masa proteică este invariabilă. Bilanţul hidric este reprezentat de diferenţa dintre apa ingerată şi cea eliminată. Bilanţul mineral reprezintă diferenţa dintre aportul şi eliminarea substanţelor minerale necesare organismului. Echilibrul şi homeostazia organismului suferă transformări în cursul diferitelor afecţiuni. Modificările sînt exprimate prin alterări ale bilanţurilor: azotat (pozitiv — în stări de convalescenţă, reparaţii tisulare, sau negativ — în boli consomptive, infecţii, posttraumatic, posthemoragic); hidric (pozitiv — în retenţii hidrice, şi negativ — în deshidratări de orice cauză) sau mineral (pozitiv — în caz de utilizare fiziologică, şi negativ — în modificările patologice ale metabolismului mineral).

234. **BILIKIEWICZ** — *caracteriopatii* ● Tulburări de personalitate de origine organică, în care sindromul psihoorganic îşi află manifestarea sa caracterială. Se apropie de tulburările în dezvoltarea personalităţii, de origine precizată (stările psihopatoide).

235. **BILINGVISM** (fr. *bilinguisme*; cf. lat. *bis* „de două ori"; *lingua* „limbă") ● Forma cea mai răspîndită a plurilingvismului, constînd în utilizarea concomitentă a două limbi; poate fi individual sau poate afecta o întreagă comunitate lingvistică. Cele două limbi sînt însuşite simultan (nu succesiv) de către copiii care aparţin unor părinţi din etnii diferite sau trăiesc în zone în care fenomenul bilingv este curent. Pe lîngă diversele şi complexele interferenţe lexicale, gramaticale, fonetice, dintre limbile folosite, fiecare concurînd pentru a se impune, au loc uneori şi fenomene concomitente de enculturaţie şi deculturaţie prin fuziunea elementelor etno-culturale specifice comunităţilor respective. Poate fi vorba de coexistenţa a două limbi vorbite de fracţiuni distincte ale populaţiei (Belgia, Canada) sau de instituţionalizarea uneia, paralel cu utilizarea neoficială a celeilalte.

Lingvistica abordează bilingvismul (ca şi multilingvismul) pentru a preciza în ce măsură o asemenea situaţie influenţează cunoaşterea fiecărei limbi în parte, influenţele nefiind de cele mai multe ori manifeste. Ele interesează niveluri relativ abstracte: sistemul fonologic (prin opoziţie cu cel fonetic), nivelul regulilor gramaticale (aplicate fără o influenţare vizibilă a sintaxei), nivelul categoriilor gîndirii (presupunînd existenţa unei categorii particulare a semnificaţiilor într-o limbă dată) — DUCROT, TODOROV.

În clinica psihiatrică, spre deosebire de biglotism, în procesele deteriorative bilingvismul este însoţit de o ştergere paralelă a unor cuvinte din ambele limbi, putînd exista în limbajul subiectului, un veritabil mozaic de noţiuni, exprimate alternativ într-o limbă sau alta. În psihologia socială au fost descrise dificultăţi de adaptare a persoanelor bilingve, care au particularităţi de „accent", ca şi unele fenomene de reject.

236. **BILIOS** — *temperament* (cf. lat. *bilis* „fiere") ● Atribut al unui anume temperament — la care anticii, începînd cu Hippocrat, presupuneau că predomină secreţia biliară — definit prin elemente somatice (culoarea galbenă a feţei, constituţie slabă) şi caracteriale (morocănos, ursuz, pesimist, grijuliu). Acest tip de temperament aparţine clasificării biotipologice a vechilor greci, preocupaţi să găsească o relaţie între somă şi psihic. Termenul nu se mai utilizează.

237. **BILLAD Ernest** (1818—1886) ● Psihiatru al cărui nume este legat de studiul etiopatogenic şi clinic al pelagrei. După susţinerea tezei, „Asupra tratamentului nebuniei", îşi începe studiile despre pelagră, fiind primul care descoperă ca factor etiologic al bolii,

carența vitaminei PP. Descoperirea este contestată de mulți dintre contemporanii săi. Cel care recunoaște primul valabilitatea descoperirii lui BILLAD este GH. MARINESCU, urmat de GALBERGER. Acest fapt a contribuit la afirmarea internațională a studiilor lui BILLAD.

238. BIMANOL[M] Polonia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

239. BIMARAN[M] Argentina — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

240. BIMODAL (cf. lat. *bis* „de două ori"; *modus* „măsură, mod") ● Termen care se referă din punctul de vedere al statisticii psihologice, la distribuția frecvenței unor informații obținute pe baza diferitelor teste, în jurul a două valori dominante, ca reflectare a caracterului heterogen al grupului analizat.

241. BINE (cf. lat. *bene*) ● Categorie centrală a eticii care, în opoziție cu răul, desemnează coordonatele axiale ale universului valoric moral. Expresie sintetică a idealului de perfecțiune morală acceptat într-o societate, binele oferă criteriile de ierarhizare a valorilor și bunurilor, precum și etalonul de apreciere a comportamentului individual în conformitate cu modelele de conduită prin care societatea tinde să-și asigure trăinicia și starea de optimitate. Întruchiparea binelui în actele individuale presupune particularizarea acestei categorii de ipostaze specifice ale comportamentului vieții cotidiene — așa-numitele virtuți morale (dreptatea, cinstea, curajul, sinceritatea, onoarea, responsabilitatea etc.), fiecare din ele găsindu-și împlinirea prin respectul acordat anumitor norme morale. Un aspect esențial pentru înțelegerea binelui constă în explicarea statutului ontic al idealului de perfecțiune morală și a temeiurilor pe care se bizuie autoritatea normelor etice. Filozofia spiritualistă concepe binele ca o substanță metafizică, principiu cosmologic ce orientează finalist devenirea universală, prin înfruntare cu răul, principiu al negației, suferinței și rătăcirii, menit să glorifice prin contrast măreția și indestructibilitatea binelui. Contestînd izul teologic al spiritualismului, tradiția empirism-relativistă reduce conceptul de bine la o simplă convenție socială, întîmplător schimbătoare cu locurile și vremurile. Materialismul dialectic și istoric raportează relativitatea binelui la dinamismul practicii sociale și la interesele claselor sociale, explicînd varietatea semnificațiilor atribuite binelui prin diversitatea condițiilor istorice și a căilor deosebite în care se poate înfăptui emanciparea și deplina afirmare a fiecărei clase sociale.

242. BINET Alfred (1857—1911) ● Psiholog francez de renume mondial, creator al primului instrument de testare psihologică a inteligenței infantile. Elaborat în colaborare cu TH. SIMON, acest test este cunoscut sub numele de „scara metrică de măsurare a inteligenței Binet-Simon" (1905). Licențiat în drept și științe naturale, atras deopotrivă de psihologia deficientului mintal, de magnetism, hipnotism și de fenomenele de dedublare a personalității, el este și fondatorul primului periodic francez de psihologie („L'année Psychologique", 1895). A fost mai întîi preparator (1891), apoi director al Laboratorului de psihologie fiziologică de la Sorbona. În 1904 este solicitat la Ministerul Instrucțiunii Publice din Franța în diagnosticarea și selecția copiilor handicapați intelectual, ce urmau a fi școlarizați printr-un învățămînt special, moment care marchează debutul colaborării cu SIMON în crearea scalei metrice de inteligență, ce va sta la baza dezvoltării interioare a psihometriei. Tot lui îi datorăm doi termeni des utilizați: „fetișism" (1888) și „vîrstă mintală" (1908).

Dintre lucrările reprezentative sînt de amintit: „Oboseala intelectuală", „Psihologia raționamentului" (ambele în 1889), „Introducere în psihologia experimentală" (1895), „Concepții moderne cu privire la copii" (1910), „Copiii anormali" (1911). BINET este cunoscut și pentru activitatea sa de autor dramatic „L'obsession", „L'horrible expérience", „L'homme mystérieux", puse în scenă la teatrul Sarah Bernhardt; „Les invisibles", montat la Ambigu, în care oglindește viața din azilul Saint-Yves. În toate operele sale literare transpare preocuparea pentru descifrarea tenebrelor psihicului bolnav.

243. BINET[T] *test* — sin. TESTUL BINET-SIMON; SCALA DE INTELIGENȚĂ METRICĂ ● Primul test de psihodiagnostic

util în practică, în mod real, în determinarea vîrstei mintale sau a gradului de dezvoltare intelectuală (scala de dezvoltare sau test analitic). Ipoteza scalei metrice a fost elaborată în 1898, avînd la bază observațiile lui Alfred BINET asupra copiilor săi, Madelaine și Alice (sub pseudonimele de Armand și Marguerite), prezentate în lucrarea „Studiu experimental al inteligenței" (1903), unde combină introspecția cu experimentalismul; relevînd două tipuri de funcționare intelectuală (subiectivă și obiectivă) care prefigurează tipologii ulterioare de tipul celei propuse de JUNG. Conform ipotezei lui BINET, inteligența poate fi definită ca o achiziție progresivă de mecanisme intelectuale de bază, care se pot rezuma în: maturitate și corectitudine în comprehensiune (înțelegere), invenție (creație) direcție și cenzură.

Cînd, în 1904, Ministerul Instrucției Publice din Franța decide organizarea învățămîntului pentru copiii debili mintal, BINET face parte din comisia de selecție a acestora și, grație colaborării cu psihiatrul TH. SIMON și practicii acumulate în Colonia de înapoiați mintal Perray-Varcluse, el poate face comparații între nivelele de inteligență ale copiilor normali și ale înapoiaților mintal, care îi vor servi la edificarea noii sale metode de diagnosticare a inteligenței. Împreună cu SIMON, BINET publică în 1905 articolul „Metode noi în diagnosticul nivelului intelectual al anormalilor", reprezentînd prima descriere a scării de inteligență metrică.

Scala din 1905 cuprinde 30 de probleme ierarhizate în ordine crescîndă de dificultate, pentru investigarea caracteristicilor copilului de 3 ani (limita inferioară a scalei), de 5, 7, 9 și 11 ani, cu o diferențiere globală pentru idioți, imbecili și debili.

BINET și SIMON sesizează că idioția este efectul unei opriri în dezvoltarea psihică, dar disproporția dintre gradul de inteligență și vîrstă nu este singura caracteristică, existînd și unele deviații în dezvoltare. De exemplu, un idiot de 15 ani care este la primele tentative de verbalizare ale unui copil de 3 ani, nu poate fi asimilat complet copilului de 3 ani, pentru că acesta este un normal, iar idiotul este un infirm. Scala din 1905 cuprindea doar indicații generale de tipul: testul de exerciții de ordine simplă și imitație de gesturi, considerat ca evidențiind limita superioară a idioției: testul 9, constînd din enumerarea și denumirea unor obiecte privite în imagini, care servea la stabilirea limitei superioare a inteligenței de 5 ani; testul 23, prin care se delimita zona probabilă a intelectului de limită. Așadar, nu existau delimitări rigoroase de vîrstă și nici o cotare foarte strictă, operîndu-se cu procente între 60—90 (procentul reușitelor la o probă pentru ca ea să fie reprezentativă pentru vîrsta respectivă).

Scala din 1908 avea deja o formă organizată pe vîrste (în afara celor incluse scalei din 1905, erau grupați itemi pentru 6, 7 și 10 ani), excluzîndu-se itemi (întrebări) din vechea versiune și adăugîndu-se alții noi în ordinea gradată a solicitărilor. Se consideră că un subiect are dezvoltat intelectul corespunzător vîrstei cînd a rezolvat toate problemele, tolerîndu-se un singur eșec.

Deoarece reușitele și nereușitele se pot extinde la problemele corespunzătoare mai multor ani succesiv, la regula anterioară de calcul al rezultatului se mai adaugă, după fixarea nivelului intelectual, acordarea unui an în plus dacă execută corect cel puțin cinci probe superioare nivelului său și doi ani, dacă execută cel puțin zece probe în plus.

Scala din 1911 (anul morții premature a lui BINET și al apariției unei lucrări de referință în psihologie "Idei moderne asupra copiilor") reprezintă o extindere a metodei la vîrsta adultă și o perfecționare a sistemului de cotare (se ia ca nivel de bază vîrsta la care toate problemele au fost rezolvate și se adaugă 1/5 de ani pentru fiecare probă rezolvată la nivelele superioare). Nu au fost elaborați itemi pentru nivelele de 11, 13 și 14 ani, care păreau influențate de instrucție.

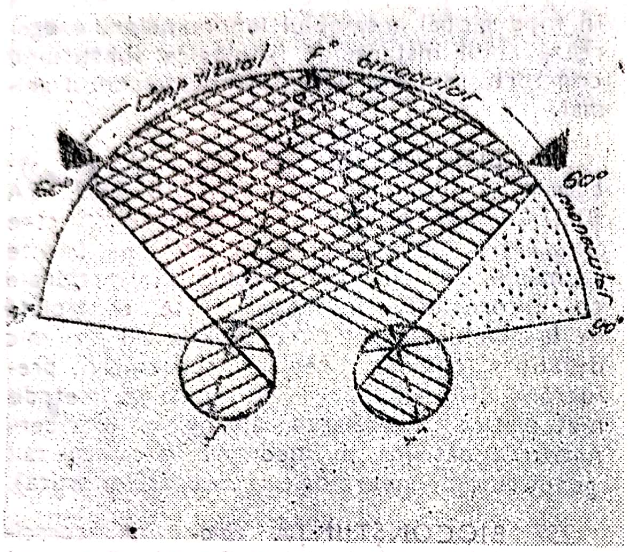
Testul BINET-SIMON (cu reviziile autorilor) s-a răspîndit în lume grație unor variante elaborate în S.U.A. de L. TERMAN (scala Stanford-Binet, 1916) sau TERMAN-MERRILL (1937), pe continent adaptările fiind realizate de ZAZZO-GILLY-RAY (scala NEM în Franța), de FERRARI (Italia), de CLAPAREDE (Elveția), de ȘTEFĂNESCU-GOANGĂ (în România).

244. **BINI Lucio** (1908—1963) → CERLETTI.

245. **BINOCULARĂ** — *vedere* (fr. *binoculaire*); cf. lat. *bini* „cîte doi, pereche"; *oculus* „ochi"; ● Vedere realizată cu ambii ochi. Termenul nu este identic cu vederea stereoscopică. Față de vederea monoculară, vederea binoculară aduce un surplus de informații, dar realizează și un fenomen calitativ superior: vederea stereoscopică. Un obiect tridimensional este privit cu ochiul stîng puțin dinspre stînga, iar cu ochiul drept este privit puțin dinspre dreapta (datorită distanței de 6 cm dintre globii oculari). Astfel, se formează o ușoară nepotrivire între cele două unghiuri, denumită disparitate

Scanned with OKEN Scanner

retiniană. Aceasta, împreună cu variațiile în acomodarea cristalinului pentru distanță, cu convergența oculară și aberația cromatică contribuie la realizarea vederii stereoscopice. Un obiect privit binocular realizează pe cele



Binoculară – vedere

două retine, imagini puțin disparate, dar de cele mai multe ori în puncte corespondente. Un anumit punct de pe una din retine este corespondent cu un anumit punct de pe cealaltă retină, dacă cele două puncte determină aceeași senzație cînd sînt excitate simultan, prin vederea binoculară, de către același punct din spațiul tridimensional exterior. În momentul fixării privirii pe un anumit obiect, obiectele mai apropiate sau mai îndepărtate de cel fixat formează imagini în puncte necorespondente retiniene, iar sinteza corticală a celor două imagini va determina fenomenul diplopiei (vedere dublă).

În situația vederii binoculare, jumătatea stîngă a retinei fiecărui ochi recepționează cîte o imagine puțin diferită una de cealaltă, fiecare dintre ele fiind proiectate și suprapuse pe aceeași zonă corticală în emisferul stîng. Același fenomen se petrece și cu imaginile recepționate de jumătatea din dreapta a retinelor care se proiectează în emisferul drept. Toate afecțiunile care exclud sau afectează numai un ochi, împreună cu căile optice corespunzătoare sau cu zona corticală de aceeași parte, duc la abolirea vederii binoculare. Vederea stereoscopică, care este un proces psihic complex, rezultat al integrării mai multor informații, inclusiv al experienței înmagazinate în memoria subiectului, poate persista uneori chiar după abolirea vederii binoculare. La fel, în cazul isteriei poate exista, paradoxal, diplopie cînd subiectul privește cu un singur ochi, situație care nu ridică clinicianului psihiatru dificultăți de diagnostic diferențial.

246. **BINOIS-PICHOT**(T) *test* ● Probă de vocabular (de cunoștințe verbale), puternic saturată în factorul (G) „inteligență generală", care se poate aplica colectiv, fiind foarte utilizată în clinica psihiatrică pentru evaluarea rapidă a nivelului intelectual. Este un test de tip creion-hîrtie, în care se solicită alegerea din serii de cîte șase cuvinte a sinonimului cuvîntului inductor. Testul prezintă o bună corelație cu scările de inteligență și o mare stabilitate cu vîrsta, fiind independent de abilitățile manual-lucrative.

247. **BINOMI**(M) Spania — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

248. **BINOMINAL** (cf. lat. *bis* „de două ori"; *nomen* „nume") ● Termen derivat de la binomul lui Newton $(p+q)^n$, unde $p =$ probabilitatea realizării unui eveniment; $q =$ probabilitatea nerealizării evenimentului; $p+q=1$

Legea binominală (repartiția binominală) este expresia matematică a unei variabile aleatorii, a cărei funcție de repartiție reproduce dezvoltarea binomului lui Newton. În medicină, distribuția binominală se întîlnește ori de cîte ori este vorba de o alternativă apariție/neapariție a unor fenomene independente, a căror probabilitate de apariție este cunoscută și rămîne constantă.

249. **BINSWANGER**(B) *boală* ● Formă de arterioscleroză cerebrală, cu evoluție nefavorabilă, condiționată de afectarea vaselor din substanța albă cerebrală. A fost descrisă de Otto BINSWANGER (1852—1929) — tatăl lui Ludwig — în 1894. Perioadele de remisiune sînt scurte, deteriorarea se agravează progresiv și ia un caracter global, iar modificările de

Scanned with OKEN Scanner

personalitate sînt nete. Simptomele cu caracter agnozic și crizele epileptiforme apar rapid în cursul evoluției.

250. **BINSWANGER Ludwig** (1881–1966) ● Continuînd tradiția familiei, își desăvîrșește pregătirea de medic și filozof la Lausanne, Heidelberg și Zürich. Devine asistentul lui BLEULER la Burghölzli, unde este coleg cu JUNG. În 1907, ambii îl cunosc pe FREUD, fapt care are drept consecință înființarea grupului psihologic de la Zürich. În 1919 BINSWANGER devine președintele societății elvețiene de psihanaliză și, la fel ca JUNG se îndepărtează de doctrina freudiană, mai ales sub influența concepțiilor fenomenologice ale lui HUSSERL și HEIDEGGER, punînd bazele analizei existențiale, cucerește rapid lumea psihiatrică germană. Începînd din 1917, publică o serie de lucrări dintre care se desprinde pregnant „Introducere în analiza existențială" și „Formele fundamentale ale cunoașterii și existenței umane". Deși în dezacord cu concepția freudiană, el rămîne un fidel prieten al omului FREUD, publicînd o lucrare dedicată acestuia „Amintiri despre S. FREUD".

251 **BIO-** (cf. gr. *bios* „viață"). ● Element de compunere prin a cărui utilizare se exprimă semnificația de viață, ființă vie.

252. **BIOANALIZĂ** (*bio-* ; analiză ; cf. gr. *analysis*) ● Termen folosit de SOLOMON pentru a desemna inventarierea manifestărilor somatice care apar în bolile psihice.

253. **BIOBAMAT**[M] Austria — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxicasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT[M].

254. **BIOCATALIZATORI** (*bio-* ; cf. gr. *katalysis* „dizolvare") ● Substanțe organice sintetizate de organismele vii, produse în organism sau preluate prin alimentație, care acționează ca activatori și/sau reglatori ai proceselor metabolice. În organismul uman, principalii catalizatori sînt reprezentați de enzime, hormoni și vitamine.

255. **BIOCENTRISM (BIOCENTRUM, BIOCENTRIC)** (*bio-* ; cf. lat. *centrum* „centru") ● Abordare teoretică de pe o poziție fiziologică a motivației unui comportament. O astfel de concepție se opune teoriilor psihogenetice și, în special, psihanalizei. Această abordare este reducționistă și, în dorința de a exprima în mod global ansamblul fenomenelor, exagerează rolul instanțelor fiziologice substituind comportamentului uman comportamentul animal.

256. **BIOCIBERNETICĂ** (*bio-* ; cf. gr. *kybernan* „a conduce") ● —sin. CIBERNETICA BIOLOGICĂ ● Ramură a ciberneticii care urmărește studiul proceselor lumii vii, privite ca manifestări ale unor sisteme informaționale cu autoreglare. Informația este controlată de la nivelul de principiu pînă la cel mai mic detaliu al comenzii, reglării, conservării, prelucrării și transmiterii ei. Folosind metode matematice, modelarea analogică, biocibernetica a pătruns în medicină în ramuri ca: genetica și neurologia (neurocibernetica).

257. **BIOCONȘTIINȚĂ** (*bio-* ; fr. *conscience* ; cf. lat. *conscientia*) ● Conștiință a lumii vii, cu referire la animale, în special la cele mai avansate pe treptele evoluției (mamiferele superioare). Departe de a fi acceptat unanim, reținem mai recentul termen de inteligență a materiei, ca formă de organizare, mai mult sau mai puțin sistematizată în procese senzorial-motorii și rudimente de memorie, dar lipsită de aportul formator decisiv al factorilor cultural-educaționali.

258. **BIOCURENT** (*bio-* ; curent ; fr. *courant*) — sin. ELECTRICITATE ANIMALĂ ● Energie electrică, generată de două puncte aparținînd țesuturilor vii, aflate la potențiale electrice diferite. Constituie o caracteristică a materiei vii, de la nivel celular (biopotențial de membrană) pînă la nivel de organ, unde biocurenții pot fi înregistrați și înscriși pe trasee specifice : EEG pentru activitatea bioelectrică globală a creierului, EKG pentru activitatea bioelectrică a cordului, EMG pentru activitatea bioelectrică a unui mușchi, electroretinograma.

259. **BIODINAMICĂ** (*bio-* ; cf. gr. *dynamis* „putere") ● Termen psihanalitic introdus de MASSERMAN, utilizat pentru a desemna fundamentul conceptului analitic, nu numai în sens teoretic, ci și în aplicabilitatea clinică a fenomenelor comportamentale umane. Cele

Scanned with OKEN Scanner

patru constituente ale biodinamicii sînt: motivaţia, mediul, adaptarea şi conflictul, statuate în următoarele principii :

- fiecare subiect acţionează în conformitate cu dorinţele sale ;
- subiectul interpretează într-un mod unic, personal, factorii de mediu, în funcţie de dorinţele sale, de posibilităţile şi experienţa sa, reacţionînd în conformitate cu acestea ;
- atunci cînd anumite condiţii exterioare devin obstacole în desfăşurarea activităţii unui subiect, îndreptate spre atingerea unui scop, reacţia sa este fie aceea de a-şi schimba modalitatea de a atinge acel scop, fie schimbarea scopului → MECANISM DE APĂRARE, SUBLIMARE ;
- atunci cînd în acelaşi plan de urgenţă, apar două motivaţiii care se exclud una pe cealaltă, se naşte conflictul care poate determina apariţia comportamentului nevrotic, inadaptat → CONFLICT PSIHIC.

260. **BIODISPONIBILITATE** (*bio-* ; fr. *disponibilité*) ● Noţiune legată de administrarea unui drog — mai ales pe cale orală —, reprezentînd procentul din substanţa administrată, care intră în circulaţia generală, după administrare. Noţiunea se referă şi la viteza de pătrundere a drogului în circulaţie, dar nu este legată de volumul de distribuţie a drogului în organism, de detoxifiere sau de activarea lui prin biotransformare. Fiind expresia fracţiunii de drog ce rămîne ca doză disponibilă în circulaţia generală, este primul dintre numeroşii factori care determină relaţia dintre doza de medicamente administrată şi intensitatea acţiunii acestei doze.

261. **BIOELECTROGENEZĂ** (*bio-* ; fr. *électrogenèse* : cf. gr. *elektron*, lat. *electrum* „chihlimbar" ; gr., lat. *genesis* „naştere") ● Capacitatea unei structuri vii aflate în activitate de a produce biocurenţi, ca urmare a diferenţei de potenţial între două puncte ale structurii respective. Înregistrarea biocurenţilor produşi prin bioelectrogeneză permite studiul stărilor funcţionale ale organului investigat, aspect deosebit de important în practica medicală.

262. **BIOENERGIE** (*bio-* ; cf. gr. *energeia* „forţă") ● În organismele vii, energia biochimică asigură desfăşurarea proceselor vitale. Materia vie prezintă o organizare structurală complexă. Moleculele mici de aminoacizi, nucleotide, monozaharide, acizi graşi formează, prin policondensare, macromolecule proteice, acizi nucleici, polizaharide, lipide complexe. Pe o treaptă superioară de organizare, acestea se asamblează în agregate supramoleculare şi, mai departe, în organite subcelulare, celule, ţesuturi. Realizarea unor structuri complexe, cu un grad înalt de organizare spaţială şi păstrarea lor nealterată în cursul vieţii organismului se impune sensului de desfăşurare spontană a proceselor din natură, care tinde spre dezorganizare. Întreaga biosferă desfăşoară o luptă neîncetată pentru menţinerea structurilor proprii şi a funcţiilor acestora. Pentru a exista şi a supravieţui, organismele vii se află într-un schimb permanent de energie cu mediul înconjurător.

Bioenergetica este ştiinţa care studiază această dinamică complexă a proceselor energetice din materia vie, absorbţia, stabilizarea, transferul sau utilizarea energiei, la nivelul structurilor celulare sau moleculare. Energia chimică a substanţelor nutritive, transformarea ei într-o formă convenabilă, este utilizată pentru realizarea unor procese specifice vieţii : creştere, reparaţii tisulare, activitate contractilă, activitate osmotică etc. Organismele vii posedă dispozitive de transformare a energiei, de o înaltă fineţe şi eficacitate.

În cadrul oricărui sistem din univers, orice eveniment natural sau provocat de om implică modificarea conţinutului de energie al sistemelor şi schimburilor între aceste sisteme. Acestor modificări li se pot aplica legile termodinamicii cu referire la sistemele deschise, din care face parte şi organismul uman. Sistemele deschise schimbă cu mediul înconjurător atît substanţe cît şi energie. Legile termodinamicii au aplicaţii largi şi în cercetarea schimburilor de energie ce însoţesc diversele reacţii metabolice, valorile schimburilor energetice fiind măsurate în calorii.

Există reacţii chimice care eliberează căldură — exotermice — şi reacţii care consumă energie — endotermice. Cantitatea de energie utilizată pentru un proces nu este întotdeauna echivalentă cu cantitatea de căldură eliberată, oricare ar fi eficacitatea procesului. În aceste procese, un rol important îl joacă energia utilizabilă din punct de vedere metabolic. Reacţiile care eliberează o astfel de energie se numesc exergonice, iar cele care nu se pot realiza decît cu aport de energie externă, se numesc endergonice. Majoritatea reacţiilor catabolice sînt exergonice, iar cele anabolice sînt endergonice.

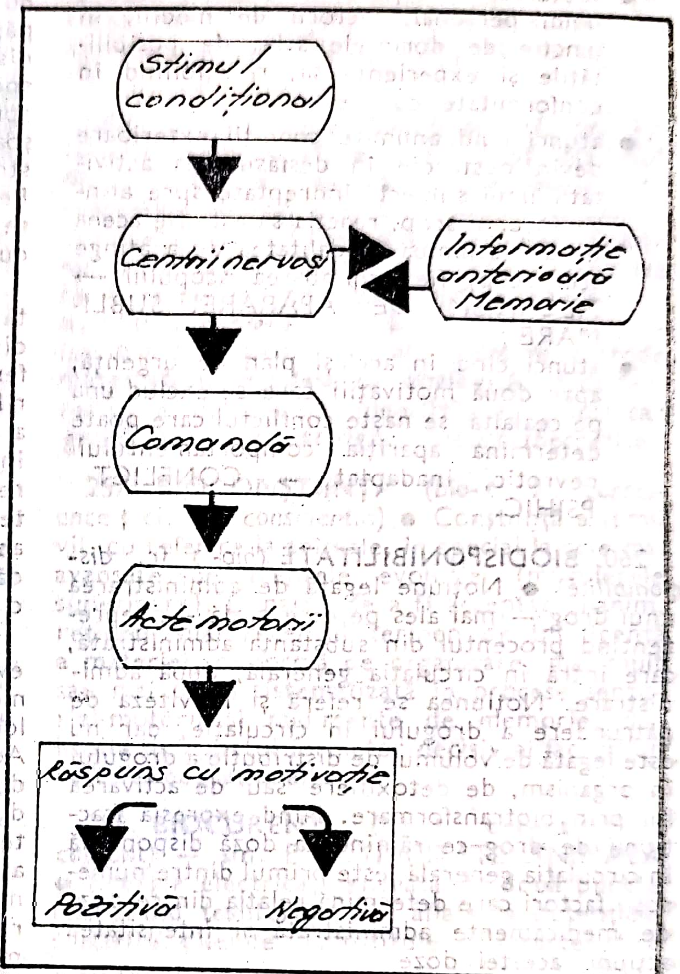
Energia eliberată în reacţiile exergonice este înmagazinată sub formă de legături chimice care dau naştere unor molecule complexe.

Scanned with OKEN Scanner

Legăturile chimice care, prin hidroliză, realizează o reacţie puternic exergonică se numesc legături macroergice, iar compuşii ce conţin aceste legături se numesc compuşi macroergici. Această energie de legătură este eliberată atunci cînd se rup legăturile moleculei complexe. Din punctul de vedere al acestor legături, există compuşi fosforilaţi bogaţi în energie şi compuşi fosforilaţi săraci în energie. Compuşii săraci energetic: glucozo-1-fosfat, glucozo-6-fosfat, fructozo-difosfat, fosfogliceraldehidă, acid monofosfogliceric, adenozinmonofosfat (AMP). Compuşi bogaţi energetic: adenozindifosfat (ADP), adenozintrifosfat (ATP), creatininfosfat, acid difosfogliceric, acid fosfopiruvic, acetilfosfat. Aceştia din urmă au un rol metabolic important pentru că:

- grupul fosfat poate fi transferat direct asupra altei molecule organice, fără ca o parte importantă din energie să se piardă sub formă de căldură; rezultă o moleculă fosforilată, al cărei conţinut total în energie îl depăşeşte pe cel al unei molecule nefosforilat;
- energia catabolică produsă în organism, în loc să se piardă imediat sub formă de căldură, este utilizată pentru a sintetiza compuşi fosforilaţi bogaţi în energie, care vor fi stopaţi, energia înmagazinată în ei urmînd a fi utilizată ulterior. Celulele pot folosi aceste depozite energetice pentru: sinteze chimice, travaliu (muscular, osmotic, secretor), eliberare de căldură pentru termoreglare. Alături de compuşii fosforilaţi, un alt grup de metaboliţi intermediari care pot fi bogaţi în energie, sînt: derivaţii acetil, mercaptanii, tioesterii. Cei mai importanţi compuşi de acest tip sînt derivaţii acetilaţi ai coenzimei A, ce joacă un rol important în catabolismul acizilor graşi şi al acizilor implicaţi în ciclul Krebs, calea metabolică finală din care rezultă CO_2, H_2O şi energie.

263. **BIO-FEED BACK** (*bio-*; engl. *feed back* „legătură inversă") • Sistemele (ansamblurile de elemente aflate în interacţiune neîntîmplătoare), potrivit principiului II al termodinamicii, pot merge spre creşterea dezordinei, deci a entropiei, altele o păstrează constantă sau chiar o reduc (negentropie). Acestea din urmă sînt sisteme autoreglabile sau sisteme cibernetice, printre care se numără şi organismul uman. Toate mecanismele de autoreglare funcţionează pe bază de feed back (calea de întoarcere de la efector la centru, termen sinonim cu informaţie recurentă sau conexiunea inversă). Pentru ca informaţia



Reglarea prin bio-feed-back

recurentă să fie cît mai exactă, mecanismul de autoreglare prin feed back dispune de un sistem de traductori (receptori), care sesizează atît perturbările survenite, cît şi precizia corecţiei realizate de efectori asupra elementului reglat. Prin feed back, parametrul reglat influenţează centrii de reglare, deci mecanismul de feed back funcţionează în conformitate cu efectele sale. Comanda elaborată de centru depinde atît de informaţiile privind perturbaţia apărută, cît şi de cele privind modul în care aceasta este corectată.

Transmiterea informaţiei recurente către centrii de comandă se face prin contact direct sau prin numeroase verigi intermediare. Schem

reglării prin feed back poate fi simplă sau complicată, dar principiul de acţiune este universal.

Prin mecanismul de feed back se corectează erorile, însă există în lumea vie şi mecanisme de prevenire a erorilor (feed before), ceea ce asigură realizarea unei ordini tot mai mari, în scopul realizării negentropiei, în timp ce mecanismul de feed back asigură numai stabilitatea proprietăţilor sistemelor vii.

În sistemele vii există două tipuri de feed back :

- feed back negativ : asigură corecţia permanentă a abaterilor de la normal, cu ajutorul sistemelor de reglaj, printr-o negare a sensului deviaţiei iniţiale ; toate mecanismele de menţinere constantă a compoziţiei şi proprietăţilor mediului intern funcţionează pe bază de feed back negativ ;
- feed back pozitiv : apare cînd reacţia organismului duce la amplificarea abaterii iniţiale. Acest mecanism duce deci la agravarea unei perturbaţii şi pune viaţa în pericol. El apare, de regulă, în condiţii patologice. Concret, la animalele superioare şi la om, autoreglările prin feed back şi feed before se realizează prin mecanisme nervoase şi umorale care intervin în colaborare, hipotalamusul fiind centrul superior al integrării nervoase cu cea umorală. La nivelul efectorilor periferici, apare un al doilea punct de fuziune, funcţia acestor efectori fiind influenţată prin mesageri chimici, care sînt fie hormoni (mecanism umoral), fie mediatori chimici eliberaţi de terminaţiile nervoase (mecanism nervos).

O tematică promiţătoare pentru modificările somatice la stres implică utilizarea bio-feed back-ului (SHAPIRO şi GUNCIT, 1979). Această tehnică utilizează instrumente electronice, care amplifică variate evenimente fiziologice şi le expun, astfel încît individul devine conştient de fluctuaţiile lor. Exemplu : tensiunea muşchilor gîtului este o contracţie, de obicei numai vag percepută. Dacă se plasează electrozi la nivelul acestor muşchi, subiectul obţine cu promptitudine o retroinformaţie asupra gradului de contracţie. Prin exerciţiu şi practică, subiectul poate învăţa să-şi relaxeze aceşti muşchi, ajungînd în timp la o relaxare generală. Şi alte funcţii fiziologice pot fi modificate prin aceeaşi tehnică : tensiunea arterială, temperatura cutanată, motilitatea gastrică şi intestinală, activitatea EEG. S-au obţinut astfel efecte terapeutice de durată în tratamentul hipertensiunii arteriale, al cefaleei rebele migrenoase, precum şi în terapia unor boli vasculare periferice.

Schematic, bio-feed back-ul poate fi definit drept un autocontrol psihofiziologic, care are la bază o buclă de retroacţiune între conştienţă şi funcţiile psiho-fizice.

De un mare interes terapeutic este bio-feed back-ul electroencefalografic, bazat pe controlul ritmului α electroencefalografic.

264. **BIOFILIE** (*bio-* ; cf. gr. *philia* „iubire") ● Termen mai puţin folosit în limbajul psihiatric curent, semnificînd dragostea de viaţă, de fiinţare în sens general ; poate fi asimilat, într-o oarecare măsură, instinctului de autoconservare. Biofilia poate avea un rol în procesul de adaptare a omului la mediul înconjurător.

265. **BIO-FLEX$^{(M)}$** S.U.A. — DCI *Orfenadrină* ● tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenziloxi) etilamină, cu acţiune evident miorelaxantă şi cu unele valenţe antidepresive (intensitate mică); folosit în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranţă îi conferă o utilizare fără restricţii.

266. **BIOGENETIC** (*bio-* ; cf. gr. lat. *genesis* „naştere") ● Termenul se referă la teoria formulată de FR. REDI, în secolul al XVII-lea, după care tot ceea ce este viu (fiinţă) este produs de ceva viu (altă fiinţă). Ipoteza este în contradicţie cu teoria generaţiei spontane. HAECKEL a emis, în 1866, celebra formulă : „Ontogenia repetă filogenia", prin care este exprimat principiul biogenetic : în evoluţia sa, fiinţa umană reproduce, în mod succesiv, toate etapele de dezvoltare în timp a speciilor precursoare. Pe baza acestor constatări s-a propus un determinism similar şi psihicului uman. Într-adevăr, pînă la un anumit punct, omul parcurge în timpul etapei sale embrionare, unele stadii anterioare ale speciei. În privinţa dezvoltării psihice, principiul lui HAECKEL este foarte relativ. Stadiile inteligenţei şi formarea personalităţii nu se pot explica prin marile stadii ale dezvoltării culturale şi ale civilizaţiei omenirii. La nivel individual, repetarea etapelor evoluţiei psihice a omenirii se produce modificat, în funcţie de mediu şi de educaţie. Psihanaliza (FREUD, JUNG) face o apropiere/analogie între psihismul copilului şi acela al omului primitiv, dar această apropiere nu este valabilă şi pentru celelalte etape ale istoriei omenirii şi ale istoriei indi-

vidului. Dezvoltarea și formarea psihică a individului nu repetă strict perioadele dezvoltării speței umane și nici ale speciilor precursoare.

267. **BIOGRAFIE** (*bio-* ; cf. gr. *graphein* „a scrie") ● Metodă suplimentară de stabilire a diagnosticului complex în psihiatrie, constînd în prezentarea, în ordine cronologică, a principalelor evenimente din existența subiectului și a semnificației lor pentru acesta. Deși poate să pară neobișnuit la prima vedere, metoda s-a folosit dintotdeauna ; este meritul psihiatrului american A. MAYER de a fi insistat asupra acestei metode, chiar dacă ea a determinat, la un moment dat, o atitudine oarecum antinozologică din partea școlii americane de psihiatrie.

Criteriul biografic a devenit pentru o serie de psihopatologi — în primul rînd K. SCHNEIDER (care vorbește despre structura introdusă de procesul schizofrenic în biografia subiectului, și despre continuarea de sens a dezvoltării vitale) — un element cu valoare diagnostică de primă mărime. Mergînd mai departe în aprofundarea datelor biografice, BINSWANGER și MINKOWSKI elaborează un nou mod de abordare a acestora, încercînd să descifreze semnificația fiecărei trăiri a subiectului, lărgind cîmpul de comprehensibilitate al evenimentelor patologice, al trăirilor subiectului. După unii autori, această înțelegere este exagerată și neoperativă. Analiza biografică rămîne însă una dintre cuceririle importante ale psihiatriei, în demersul ei de stabilire a modelului medical al bolii, și se dovedește un util mijloc de înțelegere, ca și de diagnosticare a bolii. De asemenea ea deschide perspectiva demersului terapeutic, fiind una dintre porțile de acces al acestuia.

268. **BIOLOGISM** (cf. gr. *bios* „viață" ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Teorie care încearcă să explice conștiința și ansamblul fenomenelor psihice prin argumente exclusiv biologice și fiziologice, ignorînd acțiunea factorilor sociali și culturali, în ultimă instanță ignorînd esența umană. Biologismul consideră că orice comportament, act omenesc este declanșat de aceleași mecanisme biologice comune cu ale animalului ; legile sociale nu fac decît să îngrădească manifestările exclusive ale legilor biologice. Sub aspect istoric, biologismul apare la sfîrșitul secolului trecut și începutul secolului nostru. A fost activ combătut și pentru faptul că a generat sau a favorizat o serie de concepții rasiste.

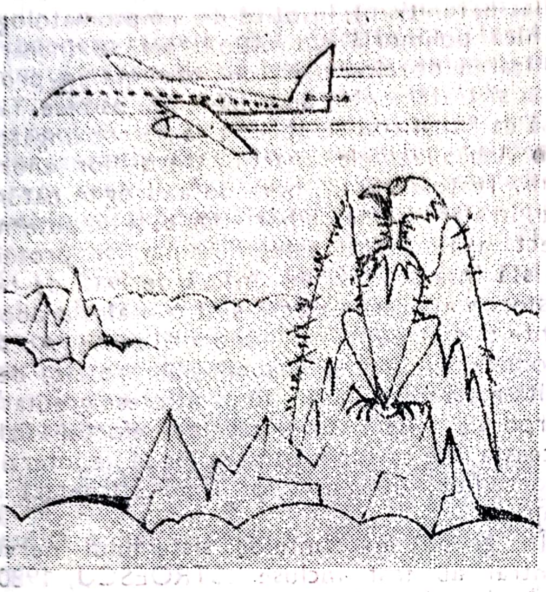
269. **BIOMETRIE** (*bio-* ; cf. gr. *metron* „măsură") ● Măsurarea fenomenelor din lumea vie (organism, grup de organisme) prin metode de prelucrare și interpretare statistico-matematică. Se corelează rezultatele obținute prin măsurători și numărători cu anumite caractere structurale și funcționale, care permit diferențieri și considerații calitative asupra fenomenelor studiate. Într-un sens mai larg, biometria însumează metodele prin care se poate calcula durata probabilă a vieții, luîndu-se în considerare toți factorii, endogeni sau exogeni, care contribuie la aceasta. Inițial, metodă a biologiei (utilizată cu precădere în selecția plantelor și animalelor), biometria își lărgește domeniul de studiu prin progresele înregistrate în antropologie, psihologie, medicină. F. GALTON formula, în revista „Brain" (1871), deviza laboratorului de biometrie de la Universitatea din Londra, potrivit căreia dreptul la existență și la atributul de științific nu-l au decît fenomenele măsurabile în termeni numerici. S-a dezvoltat astfel antropometria — axată pe studiul aspectelor fizice (ponderale, staturale etc.) și psihometria — axată pe cuantificarea fenomenelor psihopatologice.

Diversele biotipologii (PENDE, VIOLA, KRETSCHMER, TANNER) au avut ca punct de plecare măsurători corporale.

270. **BIONEGATIV** (*bio-* ; fr. *negatif* : lat. *negativus*) ● Fenomenul prin care una sau mai multe părți ale unui proces reușesc ca prin funcționalitatea lor să perturbe funcționalitatea organismului privit ca întreg. Apare ca o relație perturbată între întreg și una (unele) din componentele sale. Astfel, personalitatea privită ca un ansamblu integrat de funcții, procese, trăsături, poate fi perturbată printr-o modificare a unui singur factor, a unui singur proces sau a unei secvențe din procesul respectiv, în cazul în care această modificare antrenează după ea alte modificări.

271. **BIONICĂ** (fr. *bionique* : cf. gr. *bios* „viață") ● Ramură a ciberneticii, învecinată cu biocibernetica ; studiază mecanismele vii care ar putea oferi modele teoretice sau propuse pentru tehnică. Creat și introdus de J. STEELE (1960), termenul a fost rezultatul unor preocupări ale inginerilor în sfera biologiei pentru a găsi eventuale prototipuri. În raza sa intră studiul comportării bioelectrice a organismului („electronica lumii vii"). Neurofiziologia, biochimia, biofizica sînt științe

instrumentale pentru bionică, în cadrul căreia au fost deschise noi orizonturi pentru industria construcţiilor, navigaţia aeriană şi acvatică, precum şi noi căi pentru studierea senzorialităţii, a mecanismelor de orientare în spaţiu etc.



272. **BIONOMIE** (fr. *bionomie*) ● Termen mai vechi pentru ecologie, ştiinţă biologică ce are drept obiect de studiu fiinţele vii în dinamica raporturilor dintre ele şi dintre ele şi mediul lor natural (biotic şi abiotic) ⟶ ECOLOGIE.

273. **BIOPATOGRAFIE** (*bio-*; cf. gr. *pathos* „experienţă" ; *graphein* „a scrie") ● Totalitatea manifestărilor patologice pe care un subiect le suferă în decursul existenţei sale. Prezentarea acestor date în ordine cronologică şi corelarea lor cu anumite evenimente din viaţa subiectului poate oferi uneori surprinzătoare date etiologice şi importante corelaţii cauzale. Pentru psihiatru, biopatografia este importantă sub aspectul posibilităţii de a stabili evoluţia şi prognosticul unor afecţiuni, de a elimina anumite modificări ca fiind datorate afecţiunii psihice. Culegerea sistematică de date anamnestice, interviul clinic, consultarea documentelor medicale sînt căile cu ajutorul cărora clinicianul poate realiza o cît mai corectă biopatografie.

274. **BIOPERIDOLO**[M] Italia, — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominent de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv ⟶ BUTIROFENONE.

275. **BIOPSIE CEREBRALĂ** (cf. gr. *bios* „viaţă" ; *ops* „vedere") ● Procedură excepţională pentru efectuarea căreia sînt necesare şi obligatorii condiţii dependente atît de bolnav, cît şi de afecţiune. Considerată ca „un rău necesar" (ARSENI) în neurologie şi neurochirurgie, tehnica presupune selecţionarea bolnavilor în funcţie de natura bolii şi starea pacientului. Indicaţiile ţin de manifestări clinice care atestă o afectare cerebrală difuză, însoţită de demenţiere, cu evoluţie progresivă, dar la care diagnosticul a rămas incert după epuizarea altor tehnici de investigaţie neurochirurgicală. Este cazul leucodistrofiilor, lipidozelor, panencefalitei sclerozante subacute, demenţei presenile şi senile, mucopolizaharidozelor, lipofuscinozelor, angiomatozei meningiene cu scleroză difuză, glioamelor maligne infiltrate etc. Localizarea indicată este cortexul frontal drept sau occipital drept. Complicaţiile posibile pot fi evitate prin utilizarea unei tehnici corecte. Ele pot fi hemoragii, infecţii, accentuarea semnelor de deficit cerebral ca o consecinţă a edemului reactiv, crize epileptice posttraumatice. De remarcat nocivitatea tehnicii pentru personalul medical în cazul bolii Jacob-Creutzfeld, al cărui agent etiologic se pare că este rezistent la toate metodele comune de dezinfecţie. Apariţia tomografiei computerizate a redus la minimum indicaţiile acestei metode de investigaţie.

276. **BIORITM** (fr. *biorythme* : cf. gr. *bios* ; *rythmos* „măsură, cadenţă, ritm") ● Modificare cantitativă (uneori şi calitativă), cu caracter regulat, ciclic, a proceselor sau funcţiilor biologice sub influenţa unor modificări din natură, ca : variaţia periodică a luminii soarelui în 24 de ore (ciclul zi-noapte sau circadian) ; modificările sezoniere pe o perioadă de un an ; variaţiile de temperatură ale mediului înconjurător ; intensitatea radiaţiilor cosmice ; fazele lunii ; fluxul şi refluxul ; petele solare etc. Constituie o caracteristică filogenetică şi de apărare individuală a funcţiilor organismului la periodicitatea din natură, reprezentînd un fel de ceas endogen. Un mare număr de reacţii biochimice de la nivelul celular care au o evoluţie ciclică alcătuiesc bioritmul. Ritmul de autoduplicare al moleculelor de acid dezoxiribonucleic, de exemplu, este considerat de A.

Scanned with OKEN Scanner

EMME, drept ritmul endogen primar şi esenţial al lumii vii. Clasificarea bioritmului se realizează în baza duratei unei perioade şi include :

- bioritmuri circadiene (de aproximativ 24 ore) ;
- bioritmuri ultradiene (mai mici de 24 ore) ;
- bioritmuri infradiene (mai mari de 24 ore).

277. **BIORITMOLOGIE** (vezi bioritm ; cf. gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Ştiinţă care studiază ritmurile biologice (circadiene, sezoniere etc.) şi corelaţiile comportamentale şi psihologice ale bioritmurilor.

278. **BIOSOCIAL** (*bio-* ; fr. *social* : cf. lat. *socialis*) ● Calitatea psihicului uman de a fi produsul conjugat al activităţii biologice a creierului şi al influenţelor multiple ale mediului social. Una din problemele studiului psihicului uman normal sau patologic este şi decelarea într-un anumit proces a ponderii pe care o are componenta biologică şi cea socială. Dacă în psihozele endogene biologicul ocupă pînă în prezent un loc important în determinismul acestora — însă nu absolut — tot astfel, în nevrozele şi structurările dizarmonice de personalitate (mai ales aşa-zisele psihopatii „marginale"), socialul are o pondere importantă. Observaţia este folositoare atît în analiza psihopatologică cît şi în abordarea terapeutică a bolilor psihice.

279. **BIOSTATISTICĂ** (*bio-* ; fr. *statistique*) ● Compartiment al statisticii care se ocupă cu studiul fenomenelor biologice în cadrul populaţiilor umane. Termenul este larg folosit şi în medicină, desemnînd aplicarea statisticii matematice la studiul unor fenomene legate de morbiditate, epidemiologie, demografie, biotipologie etc.

280. **BIOSTIMULATORI** (*bio-* ; stimula : fr. *stimuler* ; cf. lat. *stimulare* „a îmboldi") ● Substanţe organice al căror efect se manifestă în sensul stimulării anabolismului, a activităţii unor aparate şi sisteme şi a forţelor defensive ale organismului. În cadrul biostimulatorilor cu implicaţii psihiatrice, pot fi incluse, pe lîngă alte preparate, anabolizantele, vitaminele, psihoenergizantele.

● *Vitaminele* sînt compuşi organici cu rol deosebit de important în activitatea sistemului nervos central. Ele sînt coenzime sau precursori ai acestora, coenzimele fiind indispensabile proceselor metabolice din organism şi proceselor de neuromediaţie cerebrală. Hidro- şi liposolubile, vitaminele sînt indispensabile vieţii. Deficitul, datorat unor numeroase cauze posibile, determină, în funcţie de gravitate, simptomatologie nespecifică minoră. Pot apare însă entităţi clinice cu forme severe în cazul avitaminozelor (beri-beri, scorbut, pelagră, cheratomalacie, rahitism), însoţite de simptomatologie psihică polimorfă. În ultimii ani se încearcă utilizarea dozelor mari de vitamine în profilaxia şi tratamentul unor afecţiuni psihice, fără însă ca beneficiul terapeutic să fie convingător.

● *Anabolizantele* aparţin steroizilor androgeni. Testosteronul, hormon androgen natural are, în afara efectelor hormonale, şi un puternic efect anabolizant osteomuscular şi proteic. Există însă steroizi de sinteză derivaţi de testosteron ale căror efecte sînt mai ales anabolizante şi mai puţin hormono-virilizante. Aceste produse stimulează anabolismul proteic, dezvoltă masa musculară şi implicit cresc greutatea corporală, efect favorizat de efortul fizic. Aceasta face ca administrarea lor să fie interzisă sportivilor, utilizarea lor fiind etichetată ca dopaj.

În grupul excitantelor sistemului nervos central au fost incluse (STROESCU, 1980), amfetaminele, cafeina şi alte substanţe diferite structural, dar denumite generic neurotrope, nootrope, activatoare ale sistemului nervos central etc.

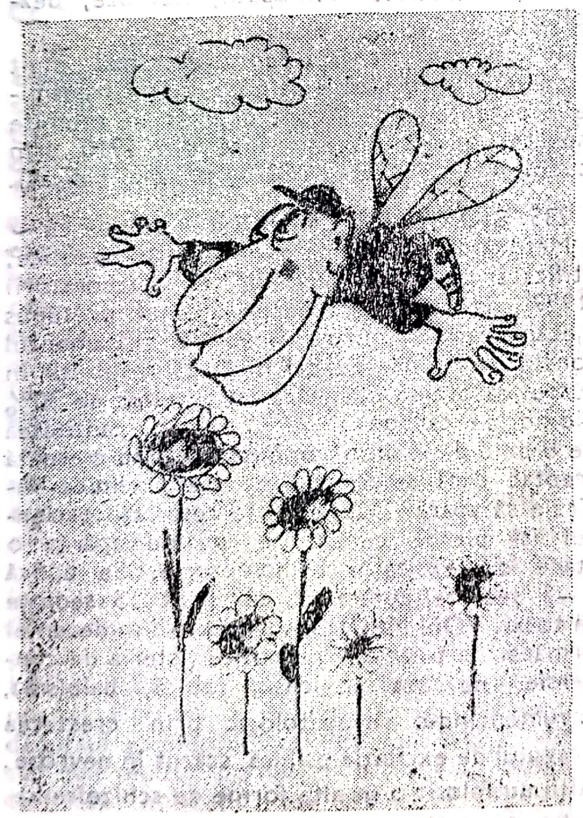
Amfetaminele au efecte simpato-mimetice (adrenomimetice, stimulente psihomotorii şi anorexigene). Acţionează la nivelul sistemului nervos central prin intermediul mediaţiei catecolaminice (noradrenalina şi dopamina) şi au şi efecte anorexigene. Utilizarea amfetaminelor este limitată de efectele ample la nivelul sistemului nervos central, de posibilitatea instalării toleranţei, dependenţei, precum şi de riscul supradozării acute. Substanţe cu structură chimică asemănătoare amfetaminelor au fost frecvent utilizate în ultimii ani, datorită efectelor anorexigene, realizate prin acţiuni stimulatoare dopaminergice asupra centrului hipotalamic al saţietăţii. Riscurile utilizării anorexigenelor de tip amfetaminic sînt mult mai mari decît eficienţa terapeutică, iar utilizarea lor este din ce în ce mai puţin recomandată.

Cafeaua, ceaiul, cacaoa, folosite de regulă ca băuturi stimulante, conţin alcaloizi de tipul cafeinei, teofilinei, teobrominei. Aceleaşi tipuri de substanţe au fost identificate şi în alte plante utilizate pentru efectul lor stimulator (nuci de Cola, frunze de maté etc.). Efectele alcaloizilor din această grupă sînt stimulente psihomotorii şi cardiovasculare, exercitate probabil şi prin intermediul sistemului simpato-

adrenergic. Utilizarea în abuz a acestor băuturi, cuplată de regulă cu abuzul de alcool și hipnotice sedative, este însă periculoasă, determinînd atît o stare de dependență, cît și pericolul apariției intoxicației cronice.

● *Neurotropele* (activatoare ale metabolismului cerebral, neurodinamice, nootrope) sau psihoenergizantele sînt diferite ca structură chimică în funcție de produs, deosebindu-se și ca mecanism de acțiune asupra sistemului nervos central. Ele au efect favorabil asupra proceselor asociativ-integrative care au loc în sistemul nervos central. Acțiunea favorabilă este accentuată în cazul preexistenței unor procese hipoxice, toxice, traumatice, involutive (STROESCU, 1986). Dintre substanțele ce pot fi incluse în grupul psihoenergizantelor, fac parte: piracetamina, piritinolul, meclofenoxatul, extractele cerebrale, glandulare, aminoacizii, sărurile minerale și de calciu asociate acestor preparate, asocierile de vitamine.

281. **BIOTERAPIE** (*bio-*; cf. gr. *therapeia* „grijă, îngrijire") ● Folosirea ca agenți terapeutici a unor produși biologici (vaccinuri,



extracte tisulare, produse organice etc.); această definiție capătă astăzi un sens mai larg, înglobînd toate remediile naturale de tratament: fitoterapie, fizioterapie (hidroterapie, electroterapie, balneo-climatoterapie), dietetică, cultură fizică medicală, acupunctură, homeopatie, apiterapie etc. Avînd avantajul reducerii însemnate a consumului de medicamente și, în consecință, al diminuării proporționale a riscurilor pe care acestea le comportă (reacții adverse, incidente, accidente etc.), bioterapia este o componentă a medicinii aflată în plină reîntinerire, trăind o nouă viață prin revalorizarea pe care o capătă în zilele noastre vechile remedii tradiționale, ca și dezvoltarea altora noi.

Dintre bolile psihice, nevrozele par a profita cel mai mult de roadele bioterapiei, indiferent de formele lor clinice, dar cu unele nuanțări ce se adresează simptomului celui mai supărător. În acest sens ceaiurile, băile cu plante, tehnicile de relaxare, apiterapia, hidroterapia, electroterapia, presopunctura, acupunctura și tratamentul balneoclimateric pot fi de un real folos. Dintre acestea pot fi menționate ceaiurile preparate din plante ca Radix Valerianae (rădăcină de valeriană), Strobuli Lupuli (conuri de brad), Flores Tiliae (flori de tei), Flores Lavandulae (flori de levănțică), Majorana hortensis (maghiran), Anethum Gravelens (mărar), Pinus silvestris (ace de pin), Lavandula angustifolia (extract de levănțică); practicarea unor mijloace de destindere (scîndura de odihnă, tehnica de relaxare Schultz); apiterapia (miere, polen); hidroterapia (baie pe jumătate și afuziuni alternante pentru simpaticotonici, comprese reci la gambe și baie ascendentă de picioare, pentru combaterea insomniilor. Electroterapia (magneto-diaflux, ionizări cu sulfat de magneziu, clorură de calciu, curenți cu impulsuri rectangulare, băi sau duș cu electricitate statică, masaj blînd al degetelor de la picioare); presopunctură și acupunctură; tratamentul balneoclimateric într-una din stațiunile: Borsec, Sinaia, Tușnad, Covasna, Felix, Stîna de Vale, Voineasa.

282. **BIOTINĂ** ● Vitamină hidrosolubilă izolată din drojdia de bere, aparținînd grupului B, cu rol de coenzimă a unor decarboxilaze și enzime de dezaminare. Joacă un rol deosebit de important în procesele de creștere. Deficitul de biotină reduce capacitatea organismului de a efectua reacții de fixare a bioxidului de carbon pe anumiți metaboliți. Efectele carenței sînt dermatita seboreică, astenie marcată, dureri musculare, anomalii electrocardiografice.

283. **BIOTIPOLOGIE** (*bio-*; fr. *typologie*: cf. gr. *typos* „semn"; *logos* „cuvînt, discurs") ● Ansamblu de concepții sau sisteme de clasificare a indivizilor umani, după criteriul constituției corporale și existența unor corelații

între caracteristicile morfologice şi psihologice de natură temperamentală şi caracterială. Tipul este o schemă (reprezentare schematică) sumară, cu un grad mediu de generalitate, care corespunde (H. MURRAY) unei grupe, categorii, subspeţe. După J. NUTTIN, tipologiile, în majoritatea lor, nu urmăresc gruparea unor trăsături într-un ansamblu, ci evidenţierea faptului că funcţionarea psihismului este dominată de una sau cîteva proprietăţi fundamentale, în jurul cărora se grupează celelalte caracteristici. Tipologia aparţine psihologiei diferenţiale a personalităţii. Tipologia personalităţii îşi are originea în biotipologia lui PENDE. Primele încercări biotipologice aparţin medicilor greci, HIPOCRATE şi GALIEN ; ei considerau că însuşirile psihice au o componentă fizică primară, la care se adaugă o componentă mintală ; în concepţia lor calităţile persoanei depind de amestecul şi dozajul unor elemente corporale, de echilibrul umorilor (sîngele, flegma, bila albă, bila neagră). Biotipologia, tipologia morfo-fiziopsihologică (P. POPESCU-NEVEANU) sau tipologia constituţională clasifică indivizii umani după criteriul aspectului somatic (trăsături corporale), căruia îi corespunde un aspect psihologic (trăsături psihologice, în special temperamentale). Tipologii constituţionale mai importante sînt cele aparţinînd lui KRETSCHMER şi SHELDON. Astăzi biotipologia a fost depăşită ca orientare în clasificarea indivizilor umani. Practic, clasificările referitoare la tipurile de personalităţi sînt operative într-un registru limitat şi mai mult în perspectivă descriptivă decît explicativă. Personalitatea, ca ansamblu dinamic de funcţii, procese, trăsături exprimate printr-o conduită caracteristică şi definitorie pentru un subiect anume şi mai ales pentru acela, nu poate fi redusă tipologic. Corelaţiile pe care le stabileşte biotipologia între aspectele somatice, viscerale, psihice şi patologice sînt bazate pe legături statistice ; ele se verifică pe grupe mari de indivizi, fiind însă mai puţin adevărate (şi eficiente) pentru indivizi separaţi. Persoana, ca produs al unui joc de factori (de la elemente simple pînă la relaţii complexe), nu răspunde unei tipologii (cu atît mai puţin constituţionale, deci biotipologiei), care surprinde doar aspecte parţiale, cu grad limitat de generalitate. Astfel, biotipologia sau tipologia morfo-fizio-psihologică (HIPOCRATE, GALIEN, VIOLA, PENDE, KRETSCHMER, SIGAUD, SHELDON) rămîne o etapă în cunoaşterea fiinţei umane, etapă semnificativ limitată de faptul că biotipul nu epuizează, în nici un caz, individul concret → TIPOLOGIE, TEMPERAMENT.

284. **BIOPARENTALĂ** — *ereditate* (cf. lat. *bis* „de două ori" ; *parens* „părinte") ● În sens larg, defineşte întreaga structură ereditară a unui individ uman, ca rezultat al amestecului genetic din partea ambilor părinţi. În patologie, termenul semnifică transmiterea ereditară a unei boli atunci cînd ambii părinţi suferă de acea boală. S-a constatat că în această situaţie riscul de îmbolnăvire este mult mai mare pentru copii, decît atunci cînd numai unul dintre părinţi este suferind de boala respectivă. Astfel, după KALLMANN, dacă unul din părinţi este bolnav de schizofrenie, riscul de îmbolnăvire la copii este de 9—16%, iar dacă ambii părinţi sînt schizofreni, riscul de îmbolnăvire este de 60%.

În ceea ce priveşte oligofrenia, după BRUGGER, riscul de transmitere la copii este de 45% cînd numai un părinte este oligofren şi de 80—100% cînd ambii părinţi sînt oligofreni. Aceste date relevă importanţa pe care factorul genetic o are în determinismul bolilor psihice ; nu sînt însă cunoscute, în prezent, toate datele referitoare la alte entităţi nozografice psihiatrice (psihopatii, nevroze, dezvoltări).

În psihoza maniaco-depresivă, mai mult decît în oricare dintre psihoze, riscul transmiterii parentale (deşi controversat în anumite aspecte) a fost dovedit încă din 1910 prin studiile lui LANGE (de 30 de ori mai ridicat).

285. **BIOXID DE CARBON** — *terapie cu*~ ● Metodă de inducere a unei come terapeutice, utilizată de LOEVENHART şi colaboratorii (1929), la catatonici datorită unui presupus mecanism de stimulare cerebrală. Tratamentul constă în şedinţe de cel mult 25 respiraţii în cursul cărora se inhalează un amestec de 30% bioxid de carbon şi 70% oxigen, cantitatea de bioxid de carbon administrată fiind crescută treptat dacă îmbunătăţirea stării clinice întîrzie să apară. După 10—15 respiraţii pacientul îşi pierde cunoştinţa, putînd apărea o stare de excitaţie psihomotorie. Se aplică 2—3 şedinţe/săptămînă, cel mult 15 şedinţe în total. VON MEDUNA a folosit-o în deceniul următor în tulburări nevrotice (isteria de conversie, nevroza anxioasă, fobică, balbism), argumentînd-o fiziopatologic prin creşterea pragului de excitaţie psihică, scăzut în nevroze. Alţii au folosit-o în alte forme de schizofrenie, tulburări psihosomatice, ca metodă de dezintoxicare şi recuperare în alcoolism şi alte toxicomanii. Rezultatele imprevizibile şi neconvingătoare ale metodei, ca şi redusa fundamentare fiziopatologică au dus la abandonarea ei.

286. **BIPERIDINĂ** ● Derivat de alcool terțiar cu acțiune antiparkinsoniană și colinolitică. Corectează efectele extrapiramidale ale neurolepticelor → AKINETON.

287. **BIPHETAMINE**(MC) Belgia, Elveția, Italia, S.U.A. ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune care se complementează : AMPHETAMINA(M) și DEXAMPHETAMINA(M), ambele noocanaleptice, derivați feniletilaminați. Are acțiune psihostimulentă.

288. **BIPOLAR(E)** (cf. lat. *bis* ; *polus* „extremitate, pol") ● Structuri sau funcții ce comportă existența succesivă sau coexistența a două extreme, între care se stabilește un nivel de echilibru. Astfel, protoneuronii analizatorului vizual (retina) sînt reprezentați de celule neuronale bipolare specializate (conuri și bastonașe), care, în funcție de numărul sinapselor pe care le realizează, sînt monosinaptice și polisinaptice (POLYAK). Legătura sinaptică se poate realiza datorită configurației de opoziție spațială în care se află dendrita și axonul. Aceeași dispunere bipolară o realizează și neuronii aflați în mucoasa olfactivă, ganglionii Corti și Scarpa.

În psihologie, BURT (1938) denumește bipolar factorul care este în același timp saturat în variabile (sau trăsături) atît pozitive cît și negative (de exemplu, în chestionarul de personalitate al lui CATTELL, există 16 factori, fiecare dintre ei fiind saturat cu anumite trăsături și fiecare trăsătură fiind exprimată bipolar). Psihismul este structurat bipolar (exemplu : inconștient-conștient, plăcere-realitate, trebuință de dominație — trebuință de supunere) ; bipolaritatea presupune așadar un cuplu de opoziție care se manifestă în majoritatea trăsăturilor și proceselor psihice.

În psihiatrie, atributul de bipolar trimite la variații extreme de afectivitate din psihoza maniaco-depresivă. ANGST și PERRIS au propus în 1956, distincția între depresiile recidivante și psihoza maniaco-depresivă bipolară, fapt care poate fi considerat ca achiziție fundamentală în clinica psihiatrică, întemeiată pe studiile genetice și nozografice ale lui LEONHARD și KLEIST. Psihoza maniaco-depresivă bipolară se definește prin apariția, în decursul existenței aceluiași subiect, a uneia sau mai multor perioade de boală în care alternează episoade maniacale cu episoade depresive majore. Atestarea deosebirii între psihoza maniaco-depresivă bipolară (încărcarea ereditară mai mare) și depresiile pure (monopolare) este susținută și de varietatea modului lor de evoluție. Tehnici moderne de marcare genetică oferă speranța unor diferențieri și mai nuanțate în ceea ce privește localizarea cromozomială a psihozelor afective endogene. Constatările clinico-terapeutice au permis observații interesante în legătură cu răspunsul favorabil sub tratament cu săruri de litiu al psihozei bipolare, în special în scopul prevenirii recăderilor.

289. **BIRMAN** — *metodă* ● Metodă terapeutică mixtă, introdusă în 1937, care încearcă îmbinarea hipnozei cu somnul natural sau medicamentos, în scopul creșterii duratei și profunzimii acestuia. Autorul afirmă rezultate de pînă la 15 ore de somn din 24. Tratamentul durează pînă la două săptămîni. Astăzi, în urma progreselor terapeutice, prezintă doar un interes istoric.

290. **BIRNBAUM Karl** (1878—1950) ● Psihiatru german, profesor de psihiatrie și neurologie din 1927 pînă în 1933 cînd a emigrat în S.U.A. A întemeiat principiile analizei structurale a patogenezei bolilor psihice și a descris așa-numitele „psihoze de închisoare". A publicat în 1909 o lucrare despre personalitățile psihopatice.

291. **BISCASIL**(M) Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

292. **BISEXUALITATE** (cf. lat. *bis* „de două ori" ; *sexus*) ● Dispoziții biologice masculine și feminine, existente simultan la același individ uman. Ideea de bisexualitate se bazează pe date de embriologie și se referă la faptul că la fiecare sex se găsesc vestigii ale organului sexual opus ; ele există în stare rudimentară, fie private de orice funcție, fie adaptate unei funcții diferite (FREUD — „Trei eseuri asupra teoriei sexualității"). MARANON vorbește, în „Problemele sexelor", despre intersexualitatea endocriniană (balansul endocrin al pubertății), datorită creșterii pasagere a acțiunii hormonilor opuși sexului manifest, și despre bipolaritatea glandei genitale embrionare. SZONDI afirmă că trebuința bisexuală este, ontogenetic, mai veche decît trebuința heterosexuală. FLIESS consideră că bisexualitatea este o caracteristică general umană, ea apare mai pregnant în atracția homosexuală, dar este prezentă și în procesul refulării în

cadrul conflictului dintre trebuințele masculine și feminine. FREUD afirmă, referitor la interpretarea lui FLIESS, că „sexul dominant al persoanei a refulat în inconștient reprezentarea fizică a sexului învins". Rezerva lui FREUD privind problema bisexualității constă în faptul că bisexualitatea ar presupune o diferențiere clară a masculinității și feminității ; or, aceste concepte se modifică, în semnificațiile lor, în funcție de sistemul de referință (biologic, psihologic, social) ; pe de altă parte, FREUD consideră că FLIESS a fundamentat mecanismul refulării (în esență psihologic) pe baze biologice (astfel, forța care refulează ar avea sursa în sexul biologic manifest, iar conținutul refulat ar aparține sexului opus). De menționat că, în concepția lui FREUD, bisexualitatea biologică nu concordă cu ideea sa în ceea ce privește semnificația falsului pentru fiecare dintre cele două sexe.

293. **BISLEPTICE** (cf. lat. *bis* ; gr. *lepsis* „acțiunea de a apuca") ● Clasă de psihotrope recent descoperite, cuprinzînd produși bivalenți. Farmacodinamica lor se datorează structurii chimice, care reușește să reunească un segment identic neurolepticelor sedative (HALOPERIDOLUL) cu un segment identic timolepticelor (IMIPRAMINEI), realizînd o acțiune antidepresiv-sedativă moderată. Spectrul indicațiilor terapeutice este larg : depresii inhibate și delirante, schizofrenia cu defect apato-abulic, sindroame depresive de sevraj, nevroze astenice, depresive.

În cazul endogenilor (avînd în vedere acțiunea farmacologică moderată) se recomandă asocierea lor — PÜLDINGER, WIDER, SCHMIDLIN — în funcție de tabloul clinic, fie cu un neuroleptic, fie cu un antidepresiv (dar nu de tip IMAO). Pînă în prezent, din această clasă s-au individualizat două substanțe active : carpipramina și clocapramina, care constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici :

- *Carpipramina*(DCI) : DEFECTON(M) Japonia ; PRAZINIL(M) Franța
- *Clocapramina*(DCI) : CLOFECTON(M) Japonia.

Deși începutul realizării unor timoleptice cu valențe sedative este promițător, performanțele terapeutice ale acestor medicamente sînt încă modeste.

294. **BISMUT** (engl. *bismuth*) ● Metal alb, cu numărul atomic 83 și greutatea atomică 298,98, cu acțiune treponemicidă. Este utilizat (contrar așteptărilor) și în zilele noastre, alături de mercur, penicilină și alte antibiotice, în tratamentul sifilisului (A. CONU). Se administrează pe cale intramusculară sub formă de săruri liposolubile (naftenat de bismut), cu resorbție și acțiune lentă, sau neliposolubilă (hidroxidul și salicilatul de bismut), cu resorbție și acțiune rapidă. Cuplat cu globulinele tisulare, bismutul are acțiune treponemostatică, acționînd prin inactivarea grupărilor enzimatice SH ale treponemei. În faza de atac a tratamentului antiluetic se utilizează numai în asociere cu penicilina, care are efect treponemicid. Pentru a evita reacția Herzheimer, datorită distrugerii masive a treponemelor de către penicilină, se recomandă un tratament anterior, de cîteva zile, cu săruri de bismut. Bismutul are indicație și în perioadele de latență ale bolii. Poate provoca o serie de accidente toxice : stomatită, colită, nefrită, eritrodermie, urticarie, alergie, motiv pentru care valoarea sa terapeutică s-a redus în timp.

295. **BISOCIAȚIE** (cf. lat. *bis* ; *sociatio* „asociere") ● Asociația între doi termeni îndepărtați ca sens. Constituie unul din mecanismele creativității, la dezvoltarea căruia se ajunge prin gîndire divergentă (J. P. GUILFORD), caracterizată astfel de JERSILD : nu se pleacă de la premise date spre concluzii prin înlănțuire logică, ci se ajunge dincolo de ceea ce este la îndemînă și aparent ; nu se caută o concluzie concretă, ci se examinează mai multe răspunsuri posibile. După KOESTILER, ar reprezenta asocierea unor termeni foarte îndepărtați ca sens, din domenii diferite. Ar fi unul din principiile operaționale ale creativității.

296. **BISTON**(M) Bulgaria — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialgică, avînd indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

297. **BIT** (engl. *bi(nary digi)t* „cifră binară") ● Termen cu două sensuri : cifră în sistemul de numerație binar ; unitate de informație (1 bit = cantitatea de informație ce se obține prin opțiunea pentru una din două alternative echiprobabile). Termenul a fost introdus de C. E. SCHANNON prin lucrarea „A mathematical Theory of Communication" (1948).

Imensa capacitate de prelucrare informațională a creierului uman a fost calculată la 28×10^{19} biți (280 de cvintilioane), dintre care conștient 15—30 biți/secundă (și incon-

știent, automat circa 10 milioane biți/secundă), toate acestea considerate numai pentru un moment dat, lăsînd cu mult în urmă calculatorul care este capabil numai de circa 10^7—10 milioane de biți.

298. BIZAR/BIZARERIE (fr. *bizarre* „ciudat, straniu") ● Proprietatea de a fi ciudat, extravagant, ilogic, fantastic sau foarte diferit de ceea ce este considerat obișnuit. Bizareria (calitatea de a fi bizar) este una din proprietățile fundamentale ale sindromului disociativ schizofrenic. Aici bizareria se manifestă în toate laturile vieții psihice. În gîndirea disociativă, distorsionarea sistematică a operațiilor gîndirii (sinteză, analiză, comparație, abstractizare, generalizare, concretizare) determină perturbări în utilizarea noțiunilor și cunoștințelor, în înțelegerea lumii, care produc o bulversare implicită a limbajului, o dezorganizare a discursului, slăbirea legăturilor dintre

Hieronymus Bosch

semnificant și semnificat, fisurarea normelor discursive acceptate.

La nivelul afectivității, caracterul bizar se manifestă prin ceea ce se numește paratimie: emoții, sentimente paradoxale, absurde, ca de exemplu ura față de părinți, dragoste față de un papagal, teamă aberantă de o cravată etc.

Acte bizare pot fi considerate ținuta și mimica în discordanță cu condiția socială și cu conținutul ideo-afectiv, trecerile bruște de la efuziuni afective la conduite agresive nejustificate. Pe fondul bizareriei permanente pot apărea manierismul și teatralismul — ca semne de exagerare și „sistematizare" a bizareriei. Bizareria se întîlnește într-o formă calitativ diferită și în isterie. Dacă în spatele manifestărilor bizare ale schizofreniei observatorul nu găsește nici o explicație comprehensibilă, comportamentul bizar din isterie este de fapt un limbaj care, odată descifrat, se dovedește comprehensibil în motivațiile sale. O notă este net vizibilă: atragerea cu orice preț a atenției celorlalți, dorința de a fi „în centru".

299. BÎIGUIALĂ ● Tulburare minoră de comunicare verbală, pentru unii o formă atenuată de balbism, pentru alții o manifestare independentă, constînd din pronunțarea surdă, confuză, de tonalitate slabă, însoțită de (sau consecutivă cu) modificarea ritmului respirator și a expresiei mimice; este întîlnită la personalități cu o anumită structură emoțional-afectivă: hiperemotive, instabile sau impulsive. Nu are semnificație patologică, ci orientativă asupra unui anumit tip de personalitate.

300. BÎLBÎIALĂ $\xrightarrow{\text{sin}}$ BALBISM.

301. BLA-BLA STANDARD (*trăncăneală*) ● Termen folosit de HUTTON și preluat de BALINT pentru a descrie încurajarea necesară care se impune a fi folosită de psiholog, în scopul acomodării unui subiect la situația de a participa la un test psihologic. Această „trăncăneală standard" are rolul de a depăși ostilitățile subiectului, neliniștea și temerile acestuia. Crearea unei atmosfere favorabile înțelegerii de către subiect a testului, ca și a situației generale de examinare, poate avea un rol determinant în exactitatea rezultatelor. Această metodă (ca de altfel orice metodă standardizată), arăta BALINT, nu se potrivește tuturor situațiilor, nefiind eficientă în cele „atipice". În aceste cazuri autorul recomandă renunțarea la acest dialog preliminar, care poate avea un efect contrar, mergînd pînă la respingerea situației de examinare psihologică.

302. BLACKMORE Richard (1653—1729) ● Medic englez, autor al unor poeme epice de certă valoare („Prințul Arthur", „Regele Arthur"), dar și cu preocupări în domeniul psihiatriei. A publicat în 1725 la Londra, o lucrare care a atras atenția: „Despre afecțiuni hipocondriace și isterice sau despre plictiseală și vapori". Lui îi datorăm elucidarea paternității britanice asupra „spleen"-ului

cît și delimitarea noțiunii de melancolie (criteriile: tristețe, descurajare, neîncredere). Face pentru prima oară distincția dintre depresia gravă și ușoară, prefigurînd sensul de endogen și reactiv evidențiind un rafinat simț clinic. Nu același lucru se poate spune despre metodele terapeutice folosite de el — de altfel și de epoca sa — pentru care opiumul reprezenta panaceul universal în bolile psihice.

303. **BLACKOUT** (engl. *blackout* „camuflaj") ● Termen preluat ca atare din limba engleză, care desemnează un episod de amnezie anterogradă (de fixare) care apare în timpul unei intoxicații acute la alcoolici (și rareori la subiecții normali) fără ca — în plan clinic — să poată fi remarcată vreo modificare, comportamentul, abilitățile motorii și intelectuale fiind intacte. Este afectată memoria recentă (evenimente întîmplate cu 5—10 minute înainte), dar păstrată cea imediată. Se produce, probabil, prin lipsa sau diminuarea consolidării fixării noilor informații. Aceste eclipse de memorie pot fi anxiogene, pacientul nefiind sigur, a doua zi după o beție acută, de comportamentul său din timpul acesteia. Constituie de obicei un simptom al instalării dependenței fizice.

304. **BLANCHE Esprit-Sylvestre** (1796—1852) ● Psihiatru francez. Imediat după terminarea studiilor (Paris, 1820) i se încredințează conducerea unei case de sănătate mintală din Montmartre, unde se va conduce după principiul: „Cel care se consacră conducerii unui astfel de stabiliment (casă de sănătate mintală) trebuie să fie în același timp medic, infirmier, prieten și confident al bolnavilor săi", principiu care nici astăzi nu și-a pierdut actualitatea.

305. **BLANCHE Antoine-Emile** (1820—1893) ● Fiul lui BLANCHE *Esprit-Sylvestre*, preocupat de psihiatrie încă din timpul studiilor; teza sa se referă la alimentația artificială a bolnavilor mintali. Profesează alături de tatăl său și-i urmează acestuia la conducerea casei de sănătate din Montmartre. Profesiunea sa de credință era: „un psihiatru trebuie să fie mai mult decît un medic și decît un preot"; considera că medicul trebuie să fie dedicat întrutotul profesiunii sale, pe care nu o poate face decît dăruindu-se. A avut preocupări în domeniul psihiatriei juridice, unde era atras de problema discernămîntului bolnavilor psihici, încercînd pentru prima oară să le apere interesele. A fost consultat timp de 40 de ani în toate marile procese ale Franței care implicau probleme de discernămînt; n 1878 a preconizat înființarea unei instituții înde să fie internați criminalii bolnavi mintal. Este unul dintre cei care au susținut introducerea divorțului din motive de sănătate mintală. Clinician și, în același timp, terapeut de finețe, este solicitat în această calitate de GÉRARD de NERVAL, GUY de MAUPASSANT,

Antoine-Emile Blanche

LAMARTINE, RENAU, BERLIOZ, GEORGE SAND, TURGHENIEV, de care îl legau prietenii dar care beneficiau și de sfaturile sale.

306. **BLAZARE** (fr. *blaser*) ● Scădere a rezonanței afective, dezinteres pentru mediul înconjurător, indiferență atrăgînd după sine o lipsă de participare și implicare în evenimentele cotidiene. Justificată prin dezgust sau oboseală, blazarea poate apărea ca o stare psihică trecătoare, sau se poate contura ca o trăsătură caracterială constantă. Apare ca rezultat al insatisfacțiilor, insucceselor suferite în urma autopropunerii unor obiective disproporționate în raport cu posibilitățile reale ale subiectului, a incapacității de redresare în urma unor eșecuri, decepții. Este mai frecventă la personalitățile slabe, neadaptate, lipsite de capacitatea de a-și găsi motivații și scopuri apropiate, susceptibile de a fi atinse, de a-i procura satisfacții. Redresarea în urma unor insuccese, lupta pentru atingerea unui

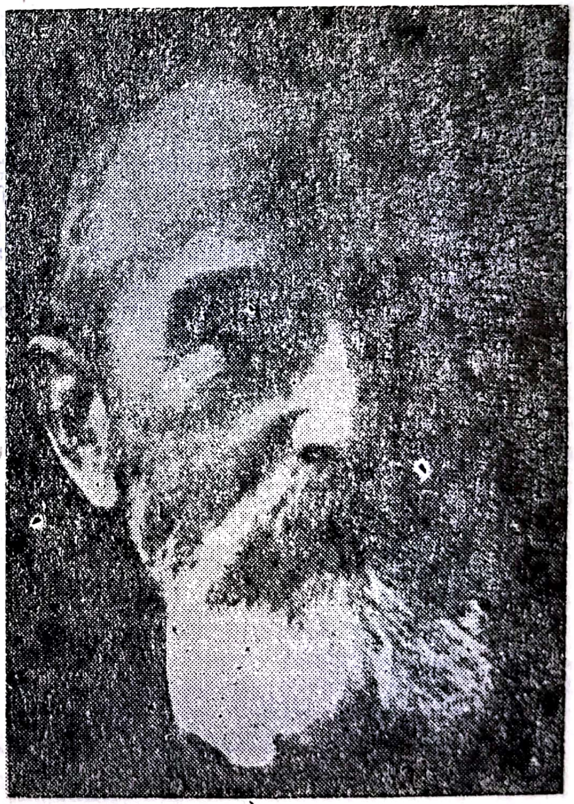
scop, constanța unei motivații sînt posibile numai printr-o maleabilitate adaptativă, mobilitate psihică, tonus afectiv susținut, înțelegere și interpretare corectă a evenimentelor și situațiilor de viață. Toate acestea presupun realizarea prealabilă a unei autocunoașteri; prin autocunoaștere persoana reușește să-și regleze motivațiile în raport cu ea însăși, în raport cu lumea. Astfel, blazarea apare ca rezultat al unor eforturi sterile, al unor eșecuri în lanț, al unor situații resimțite ca situații de eșec, al unor frustrări pe care individul nu și le poate explica sau și le explică în mod greșit.

307. **BLEFAROSPASM** (cf. gr. *blephdron* „pleoapă" ; *spasmos*) ● Exagerare a mișcărilor normale de închidere a pleoapelor, sub acțiunea unui tonus crescut al orbicularilor. Există un blefarospasm clinic, care se manifestă printr-un clipit normal, dar cu o frecvență crescută, și un blefarospasm tonic, realizat printr-o închidere a pleoapelor. Blefarospasmul poate apărea reflex datorită iritațiilor ramurilor senzitive trigeminale și are cauze oculare (leziuni traumatice sau inflamatorii corneene, ale irisului, keratită, iridociclită, afecțiuni palpebro-conjunctivale, eczeme, blefarite, oftalmia de zăpadă) și extraoculare, afecțiuni dentare, otice, nazale, faringiene, afecțiuni tumorale și hemoragii cerebrale, encefalite, tabes, crize isterice. Poate apărea și prin iritația facială, dar în acest caz este însoțit clinic de o contractură anormală a tuturor mușchilor din jumătatea feței inervată de nervul facial afectat și se poate permanentiza. Această formă de blefarospasm poate fi de origine centrală, cînd leziunea este situată în ramura frontală ascendentă nucleară (tumori, abcese, hemoragii ce afectează nucleii facialului), periferică (plăgi ale feței) sau secundară unor paralizii faciale.

În psihiatrie interesează mai mult blefarospasmul reflex, fără manifestare în cadrul unor afecțiuni oculare, cum ar fi blefarospasmul isteric, în care lipsa organicității și prezența elementelor definitorii ale personalității isterice (teatralism, egocentrism, imaturitate și labilitate emoțională, dependența afectivă), precum și contextul în care apare blefarospasmul, fac ca tratamentul să nu fie oftalmologic ci psihiatric. Este de reținut existența lui ca simptom alături de astenie, paloare, slăbiciune musculară, crampe musculare, parestezii ale extremităților în tetania cronică.

308. **BLEULER**(B) *boală* sin. SCHIZOFRENIE ● Termen introdus de psihiatrul elvețian E. BLEULER. Identitatea celor două denumiri ale afecțiunii cunoscută inițial ca „demență precoce" este astăzi considerată drept clasică, folosirea numelui ilustrului psihiatru făcîndu-se de cele mai multe ori în scopul protecției sociale a subiectului și ca o recunoaștere a celui care a descris-o → SCHIZOFRENIE.

309. **BLEULER** Eugen (1857—1939) ● Își desăvîrșește studiile la Zürich, Waldau, Paris, Londra și München, optînd definitiv, din 1881, pentru psihiatrie. După internatul făcut la clinica din Bunghölzl, este numit director de azil la Rheinau, unde va rămîne 12 ani pentru a-i urma lui FOREL la conducerea catedrei de psihiatrie, după ce acesta se va retrage dedicîndu-se definitiv pasiunii vieții sale, entomologia. El va aduce clinicii de la Zürich o faimă mondială la care vor contribui



Eugène Bleuler

și asistenții săi (printre aceștia, K. ABRAHAM, C. G. JUNG, O. BINSWANGER și E. MINKOWSKI). Numele lui BLEULER rămîne legat de enigma majoră a psihiatriei, adevărată piatră de încercare atît pentru teoreticieni cît și pentru practicieni, atunci ca și acum, schizofrenia (termen care-i aparține).

Abordînd cu un curaj deosebit, cu spirit nu numai novator ci și realist, în tratatul „Aschaffenburg", problema demenței precoce, BLEULER atacă energic concepția titanului münchenez (KRAEPELIN), formulînd o „triplă contestație" (H. EY): negarea demenței (schizofrenia nu este o demență în sensul comun), negarea evoluției cronice obligatorii (numai o treime din cazuri ajung la o deteriorare gravă), negarea omogenității acestei boli (chiar titlul capitolului se intitulează „Gruppe der Schizophrenien" — Grupa schizofreniilor). El face fine notații psihopatologice, reușind să descrie ceea ce pentru el reprezenta simptomul fundamental al acestei boli — Spaltung-ul (disociația). De asemenea, introduce criteriul ierarhizării simptomelor (simptome fundamentale — „Grundsymptome" și simptome accesorii — Akzessorische Symptome").

Sub impulsul mișcării psihanaliste el admite participarea „complexelor afective" la formarea simptomelor schizofrenice secundare, ca tentative de adaptare la simptomele primare, concepție care va fi de altfel reluată de organodinamism (sub forma simptomelor pozitive și negative). Sesizează pentru prima oară rolul pe care afectivitatea și inconștientul îl joacă în exprimarea unor tulburări mai puțin zgomotoase decît halucinațiile și stările confuzionale, dar mult mai profunde și mai dificil de observat: disociație, ambivalență, autism, asociații anormale. Opera sa, deși clinică, a reprezentat o deschidere fundamentală spre psihopatologie.

310. **BLEULER**ᴮ *simptom* ● Halucinație vizuală complexă, avînd dublă caracteristică: imaginea este plasată în afara cîmpului vizual și în spatele bolnavului. A fost descrisă de E. BLEULER și se întîlnește în schizofrenie.

311. **BLITZKRAMPF (SPASM FULGERĂTOR);**
BLITZNICK (APLECARE FULGERĂTOARE);
BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF (APLECARE FULGERĂTOARE ȘI SPASM SALAAM) — sin. BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE; CRIZE ECLAIRE; CRIZE PROPULSIVE; CRIZE SURSAUT; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE; GIBBS(B) boală; HIPSARITMIE; MASSIVE MYOCLONIC JERKS; NICK-KRÄMPFE; PETIT MAL PROPULSIVE; SPASM INFANTIL; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND); TICURI DE TIP SALAAM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST(S) sindrom.

312. **B.L.M.**(S) *sindrom* ● Prescurtare pentru sindromul buco-linguo-masticator, frecvent întîlnit în diskinezia tardivă.

313. **BLOCADREN**(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Italia, Olanda, Portugalia, Suedia — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-/(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il) oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, psihosomatică, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

314. **BLOCAJ** (fr. *blocage*) ● Reacție de oprire a fluxului ideo-verbal sau al actului ideo-motor în curs de desfășurare, pe care subiectul o are în fața psihologului sau a unei probe psihologice (ori secvențe ale acesteia), datorită stării de boală (suspiciozitate, nesiguranță de sine, hiperemotivitate, negativism etc.) sau altor cauze subiective. Subiectul manifestă o latență crescută înainte de a răspunde la solicitările examinatorului, poate respinge proba sau o poate continua ulterior. Blocajul se poate manifesta de-a lungul întregii probe sau doar la o anumită secvență a acesteia, de exemplu la una din planșele testului Rorschach sau TAT. În toate situațiile, dar mai ales în cazul testelor proiective, examinatorul este obligat să noteze și să interpreteze acest tip de reacție.

315. **BLOCANOL**(M) Finlanda $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BLOCADREN(M).

316. **BLOCARDYL-S**(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:
- CLORDIAZEPOXID(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- PROPRANOLOL(M) — betablocant, derivat isopropilnaftalic. Acțiune anxiolitică-sedativă și betablocantă.

317. **BLOCAREA RITMULUI ALFA** (α) — EEG (fr. *bloquer*) ● Ritmul α este deosebit de labil, înregistrîndu-se în marea majoritate a cazurilor, în repaus psihosenzorial; orice excitant, îndeosebi luminos, dar chiar și de altă natură, produce dispariția acestui ritm de pe traseul EEG sau „reacția de blocare". Aceasta este cunoscută în electroencefalo-

grafie sub denumirea improprie de „reacție de orbire" (întrucît nu apare numai la lumină) care depășește de obicei durata excitației. În stările comatoase moderate sau în coma vigilă, stimularea senzorială produce echivalentul unei „reacții de trezire" (ARSENI), caracterizată prin perioade de unde lente, ample, generalizate, de durată și evoluție variabilă, în funcție de starea clinică a subiectului → EEG.

318. BLOCH-SULZBERGER(S) *sindrom* — sin. BLOCH(S) sindrom ; CAROL-BOUR(S) sindrom ; INCONTINENTIA PIGMENTI ; MELANOBLASTOZĂ LINEARĂ (MELANOBLASTOSIS LINEARIS) ; SIEMENS(S) sindrom ● Sindrom de etiologie necunoscută, a cărui descriere clinică a fost succesiv făcută de către GARROT (1906), ADAMSON (1907), BLOCH (1926) și SCHULZBERGER (1928). Afectează exclusiv sexul feminin, traducîndu-se clinic prin semne cutanate (pigmentația stratului bazal al tegumentului, cu apariția unor zone de culoare brună, sau cenușie-lividă, localizate simetric pe fețele laterale ale toracelui, brațe, coapse, șolduri), semne oculare (miopie, strabism, retinită, coroidită exsudativă, atrofia nervului optic etc.), defecte dentare (microdonție sau aplazii), asociate cu debilitate mintală în grade variate, microcefalie, convulsii, sindrom Little, malformații scheletale.

319. BLOCQ(B) *boală* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ APRAXIA MERSULUI (GERSTMAN) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ASTAZOABAZIE.

320. BLOMSILAN(M) Grecia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său; ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

321. BLUM(T) *test* ● Test imaginat în 1949 de către psihologul de formație psihanalistă G. S. BLUM, în care sînt prezentate subiectului 12 desene umoristice avînd drept personaj principal un cățel Blacky. Acest test proiectiv destinat copiilor, investighează frustrările micului subiect, căruia i se cere să creeze o mică povestire pe marginea fiecărui desen. Ulterior subiectul este investigat cu o serie de întrebări standard. Sexul cățelului este prezentat în funcție de sexul micului subiect.

322. BOALĂ ● Ansamblu coerent de manifestări — semne cu diverse determinări etiologice, la diverse nivele ale organismului, manifestări definite prin faptul că el reprezintă o alterare a stării de sănătate ca stare de echilibru organic, psihic și social. Noțiunea de boală se discută și se precizează în raport cu noțiunea de sănătate, ambele noțiuni referindu-se la două categorii de fenomene care se evaluează în funcție de un sistem de norme stabilite de instituții de specialitate (medicale) și unanim acceptate. În general, aceste norme conțin criteriile conform cărora un semn (o manifestare) reprezintă o disfuncție, deci o abatere de la normalitate, considerînd normalitatea ca echilibru dinamic al întregului organism într-un sistem de referință.

Ideea lui P. REYNAUD (1975) conform căreia „este o iluzie gravă a crede că sănătatea este o stare normală și că boala este un accident" se poate reflecta în definiția pe care OMS o dă sănătății : „stare completă de bine din punct de vedere fizic, mintal și social, care nu constă doar în absența bolii sau infirmității". În acest context este ușor de înțeles că, pentru majoritatea oamenilor de știință, distincția între sănătate și boală este greu de făcut, limitele fiind imprecise. În timp ce prima se circumscrie prin valențe pozitive, a doua se profilează ca „abateri de la norme"; abateri acumulate cantitativ și determinînd un „specific calitativ" în raport cu fenomenele normale (ATHANASIU). Gîndind boala ca pe o noțiune abstractă, „o viață limitată în libertatea ei", MARX preconizează un model care a suferit metamorfozări continue, sub influența diferitelor stadii de dezvoltare a științei. Nu există comunități umane fără boli, la fel după cum caracterele social-istorice ale acestora nu pot să nu-și lase amprenta asupra modelului lor. Astfel, delimitarea noțiunilor simptom-sindrom-boală a fost supusă unor conceptualizări încă de pe vremea lui HIPOCRATE, SYDENHAM, precizînd pentru prima dată (secolul al XVIII-lea) că nu se poate pune semn de egalitate între simptom și boală. WIRCHOW, prin studiile sale microscopice, coboară procesul morbid de la nivelul organului, la nivel celular. Mai tîrziu, microbii puși în evidență sub lupa microscopului (PASTEUR, KOCH) au furnizat explicația mecanicistă, dar bine stabilită (alături de agenții toxici generatori de boală).

a unor boli cărora știința le-a oferit ulterior și remedii terapeutice din ce în ce mai eficiente. Etapele cercetării genetice, biochimice, cu radioizotopi, tehnologia avansată a biociberneticii au adăugat noi

Gustave Doré

corelații și deci au creat noi sisteme-model ale bolii, în care explicația unei legături cauzale simple (agenți fizici/chimici/infecțioși ⇄ leziune, deci = boală) nu mai poate fi satisfăcătoare.

Teoria informațională asupra bolii, prin care patologia este înțeleasă ca un deficit informațional de tip biologic (infecții, leziune, arsură, deficit enzimatic) sau psihologic (emoții puternice, stres), corespunde unei abordări sistemice în care este clar că soma nu poate fi despărțită de psyche. Omul nu mai este considerat „o sumă de organe, țesuturi sau celule sănătoase sau bolnave" (PĂUNESCU — PODEANU), ci un sistem viu și dinamic aflat în strînsă corelație cu factorii sociali. Indiferent de standardele și normele culturale și de simbolistica folosită, relația sănătate-boală nu poate fi privită decît din perspectiva trinomului bio-psiho-social, sens în care converg majoritatea părerilor autorilor români și străini.

Din cele expuse mai sus se poate deduce o definiție generală, în care boala înseamnă alterarea stării de sănătate, avînd drept cauză modificarea mediului intern sau acțiunea unor agenți externi. Are loc un anumit mod de abatere de la standardul funcțional normal al organismului, determinînd efecte negative ce sînt resimțite ca „disconfort personal" sau ca „afectînd în mod ostil viitorul statut de sănătate al individului" (pe plan psiho-sociologic). Privită ca o disfuncție, boala este deci o deviere de la funcționalitatea optimă, normală, echilibrată a organismului cu implicații directe, biologice, dar și indirecte, sociale. Luînd în considerare gradul de organizare și structurare a existenței biologice, circumscrierea procesului patologic, boala obiectivează alternarea ordinii în cadrul sistemului organismului, la nivelul tuturor subsistemelor (organ, țesut, celulă), ca și la nivelul relațiilor funcționale existente între ele, ceea ce revine la denaturarea codului de reguli biologice care circumscriu „logica viului" (GR. POPESCU S. RĂDULESCU). Fiind o formă de existență a materiei vii, boala este de fapt un proces patologic, ea presupune o modificare în raportul dintre integritate (forțele interne ale organismului) și integrare (unitatea organismului cu mediul).

Medicina clasică folosește două categorii de fenomene în circumscrierea noțiunii de boală: faptele obiective, semnele (de exemplu pulsul, tensiunea arterială, febra, formațiuni palpabile, rezultatele examenelor de laborator și ale altor investigații paraclinice) și simptomele, care sînt manifestări cu caracter parțial subiectiv, ele reprezentînd pe de o parte modificarea obiectivă a funcționalității organismului pe de altă parte modul particular în care individul resimte, constată, apreciază această schimbare/disfuncție. Semnele obiective sînt controlabile și cuantificabile, ele trimit la criteriile unui diagnostic și la etiologia probabilă a bolii; totuși procesul diagnozei solicită din partea specialistului nu numai o enumerare și cuantificare a semnelor, ci și o corelare a lor, o înlănțuire a semnificațiilor acestor semne, o evaluare a lor în funcție de un sistem de referință exterior organismului, dar și în funcție de organism în ansamblul său, ca sistem de referință.

În concepția lui BALINT, boala apare atunci cînd un individ, în esență bine adaptat, manifestă o serie de tulburări somatice sau psihice, generată de faptul că un agent anume reușește să învingă apărările organismului. Știința medicală, în evoluția ei, a reușit să asigure trata-

mente tot mai specifice pentru o serie de afecțiuni (metabolice, neurologice, psihice), mai ales în măsura în care această știință a făcut o serie de descoperiri etiologice. Specificarea tratamentelor precum și aplicarea lor într-o perioadă de debut al bolii depind de metodele de investigație, de modul în care aceste metode sînt eficiente în validarea sau invalidarea unei ipoteze diagnostice. Există însă o serie de afecțiuni a căror etiologie este denumită endogenă (și dintre acestea fac parte unele boli psihice grave, unele boli degenerative) și al căror tratament este mai mult simptomatic, întrucît etiologia rămîne deocamdată necunoscută sau parțial cunoscută. Este de menționat faptul că în evoluția și tratarea unor boli capătă importanță modul în care subiectul resimte și trăiește boala, precum și modul în care se stabilește și se continuă relația sa cu terapeutul. Principiul conform căruia nu există boli ci bolnavi, trimite la faptul că un model patologic dat se modifică în funcție de individ, de felul cum pacientul cooperează cu medicul, de cum își mobilizează subiectul propriile apărări.

În psihiatrie, poate mai mult decît în alte ramuri ale medicinei, relația bolnav-tămăduitor nu se rezumă la stabilirea unui tablou patologic, ci presupune, din partea medicului, înțelegerea pacientului ca individ uman în contextul său de relații, deci ca persoană ale cărei manifestări au căpătat, la un moment dat, dimensiunea unei suferințe specifice. Experiența de referință în ceea ce privește formarea medicului practician este experiența lui BALINT (grupurile de formare profesională, ulterior răspîndite sub diverse forme, ca de pildă sesiunile de informare și perfecționare profesională etc.), între anii 1950—1972, la Tavistock Clinic în Londra. Toate acestea răspund unei cerințe generale, anume că activitatea de a tămădui (de a îngriji, de a descoperi boala și de a o rezolva) presupune raporturi specifice (și nu doar strict nozologice) între medici și medici, între medici și bolnavi, între medici și societate.

323. **BOALĂ CANCEROASĂ** • Cancerul reunește o serie de afecțiuni caracterizate anatomo-clinic prin dezvoltarea de tumori în organe și țesuturi. Expresia lui histo-citologică este neoplazia, unitatea morfo-funcțională a acesteia fiind celula canceroasă (neoplazică sau tumorală). Orice tip de celulă dintr-un țesut oarecare, sub acțiunea factorilor cancerigeni sau cocancerigeni poate deveni celulă canceroasă, care proliferează nelimitat și anarhic, infiltrează și distruge țesuturile și organele în care migrează și diseminează în tot organismul. Diseminarea se poate face prin interstițiul locoregional, pe cale vasculară limfatică sau sanguină. Se produc astfel metastaze și/sau tumori secundare în orice parte a organismului, toate celulele canceroase din organism constituind neoplazia care, în final, invadează și ucide organismul.

Procesul de cancerizare evoluează în etape, dar este continuu, determinînd invadarea, distrucția și în cele din urmă, moartea întregului organism. Cancerizarea organismului depinde de capacitatea de proliferare, de dimensiunea celulelor canceroase și de biocompatibilitatea lor în condițiile constituționale metabolice, hormonale și imunologice proprii ale organismului cancerizat. Prezența și dezvoltarea neoplaziei în țesuturi și organe determină modificări patologice ale acestora, modificări care la rîndul lor afectează teritoriile locoregionale — în jurul tumorii și/sau extraregionale — acolo unde neoplazia infiltrează sau formează tumori secundare metabolice.

Tumorile și metastazele cerebrale și medulare ocupă spațiul din cutia craniană sau canalul rahidian, determinînd compresii și distrugeri ale țesutului cerebral și ale celorlalte structuri nervoase, edem cerebral și hipertensiune intracraniană, fiind însoțite de o simptomatologie psihică specifică. Simptomatologia psihică manifestă în momentul conștientizării existenței bolii canceroase este foarte puțin prezentată în datele literaturii de specialitate; precizarea acestui diagnostic acționează ca un eveniment psihotraumatizant brutal, trăit intens, cu implicații afective puternice. Dominanța simptomatologiei somatice, încercarea bolnavului de a „depista" un tratament „mai eficient", un medic care îl poate salva, astenia caracteristică afecțiunii, sînt probabil elementele care fac ca simptomatologia psihică secundară diagnosticului de neoplazie să treacă „*în umbra tabloului clinic*", deși modificarea provocată de boală se reflectă profund în însăși personalitatea subiectului, căruia îi schimbă felul de viață, comportamentul, într-un cuvînt toate datele existenței. Personalitatea bolnavului canceros este subminată de schimbarea totală a existenței, schimbare pe care cancerul — în mod particular în cadrul afecțiunilor cronice — o realizează prin aspectul uneia dintre marile calamități ale vieții.

Elementele de subminare a personalității sînt provocate de deprivare socială, de modificarea ritmului de muncă și viață, de spitalizarea îndelungată, de posibila modificare a relațiilor familiale, de dependența de trata-

mente sau de procedurile medicale, de efectele secundare ale medicației, de modificarea traiectoriei existențiale, pentru majoritatea indivizilor, cancerul însemnînd insecuritate și moarte, durere, izolare, abandon.

Reacțiile individului sînt variabile în funcție de personalitatea sa premorbidă și de capacitatea lui de a privi lucid boala, evoluția stării psihice fiind de regulă spre resemnare și pasivitate, însoțite de frica de a fi abandonat. Reacțiile emoționale ale canceroșilor vor evolua — după HAYNAL — în trei faze:

- faza de confruntare cu diagnosticul, cînd subiectul este anxios, agitat, deprimat, are conștiința existenței unui lucru grav;
- spitalizarea cu separarea de familie, cu senzația de abandon, cu reacții anxioase și depresive, urmate de tendința de negare a depresiei, credința într-un miracol tehnic;
- faza în care se impune intervenția chirurgicală (de regulă, o operație de amputare), fază în care are loc modificarea profundă a existenței subiectului.

Frecvent însă subiecții „integrează" boala într-un comportament cu semnificație de apărare, care prezintă un mecanism similar celui ce se declanșează în nevroze. Alteori apar reacții acute, depresive sau de autoagresiune, anxietatea poate deveni puternică, fiind însoțită uneori de un proces de regresiune psihologică cu dependență și pasivitate. Anxietatea este frecvent latentă, surdă, în expresia ei clinică rolul determinant avîndu-l personalitatea premorbidă.

În boala canceroasă pot apărea sindroame confuzionale sau stări demențiale înainte de depistarea afecțiunii, descrise în cadrul sindromului „toxic" carcinomatos. Mecanismele de producere țin de tulburările metabolice, de produși toxici tumorali, de reacțiile alergice, carențiale — fenomene capabile de a produce edem cerebral. Anatomopatologic, au fost evidențiate leziuni degenerative ale sistemului nervos central. Metastazele cerebrale sau cancerele cu origine cerebrală pot genera un sindrom psihoorganic polimorf, în care cel mai frecvent apar (pe fondul unui sindrom deteriorativ) depresia, dezinhibiția instinctuală, expansivitatea exagerată și, ulterior, dismnezia, apatia, tulburările de conștiință. Sindromul psihoorganic din cadrul sindroamelor paraneoplazice prezintă un tablou monomorf, de cele mai multe ori sub forma unui sindrom deteriorativ cu evoluție rapidă.

Studiile psihosomatice evidențiază păreri contradictorii și mult prea numeroase în ceea ce privește existența unui teren psihologic precanceros. Oricare ar fi acest teren, oricare ar fi manifestările psihice ce însoțesc boala canceroasă, catastrofa emoțională pe care ea o determină impune prezența psihoterapeutului alături de subiect și de medicul curant. Alături de terapia biologică, chirurgicală, psihoterapeutul trebuie să asigure o terapie psihologică corespunzătoare, să realizeze o relație interumană, marcată printr-o comunicare eficientă între medic și pacient, care să-i asigure acestuia din urmă o mobilizare a resurselor sale, o circumscriere a lor în dorința de vindecare.

324. BOALA CLANDESTINĂ • Afecțiune pe care subiectul începe să le ascundă, fie pentru că le consideră „rușinoase" (boli venerice), fie pentru că au fost provocate de practici clandestine și ilegale (avorturi). Implicațiile sînt multiple și complexe: simptomatologia psihopatologică ce apare ca epifenomen al acestor boli poate constitui în fața profanilor un paravan care devine convenabil chiar pentru subiect. De multe ori el se adresează medicului acuzînd tocmai acest epifenomen, în speranța naivă că-și va putea rezolva, pe căi ocolite (sau oricum secrete pentru familie, anturaj) afecțiunea esențială. Alteori, tocmai prin faptul că sînt cunoscute drept „rușinoase", aceste boli pot fi cauza declanșării unei veritabile simptomatologii psihice reactive de coloratură depresiv-anxioasă (de intensitate variabilă), datorită condițiilor de insecuritate pe care subiectul le resimte și sentimentului de culpabilitate.

325. BOALĂ CRONICĂ DE IRADIERE • Apare prin expunerea îndelungată la radiații ionizante, atunci cînd dozele nu sînt suficiente pentru declanșarea unui sindrom acut de iradiere, dar depășesc semnificativ maximele admise pentru expunerea profesională (100 m rad./săptămînă). S-a costatat, atît experimental cît și clinic, că iradierea cronică produce mai puține modificări în țesuturile cu ritm de diviziune crescut decît o doză unică echivalentă. Se pare că acest act se datorește atît posibilităților preparatoare la nivel tisular, cît și posibilității de eliminare a celulelor legate. Este tulburat însă echilibrul funcțional celular, ceea ce afectează echilibrul funcțional al întregului organism, cu distrugerea progresivă a celulelor și țesuturilor esențiale pentru desfășurarea normală a funcțiilor vitale, cu determinarea de efecte somatice tardive. Clinic, efectele sînt diferite, în funcție de felul iradierii — contaminare internă, iradiere cu radiații penetrante care pot interesa întregul corp, iradiere localizată, mai ales a mîinilor. Afec-

-tarea sistemului nervos central apare mai ales în forma produsă de iradierea întregului corp cu radiații penetrante, alături de sistemul nervos central fiind implicate și organele radiosensibile. Riscurile somatice tardive sînt reprezentate de leucemie sau alte forme de cancer și de scurtarea mediei de viață. Efectele ereditare includ mutații dominante și recesive.

Clinic, afectarea sistemului nervos central se caracterizează printr-un sindrom astenic lipsit de specificitate. Deși pe baza criteriilor morfologice sistemul nervos central a fost apreciat ca fiind radiorezistent, el este totuși capabil să „sesizeze", în diverse moduri, doze mici de radiații, la care de obicei răspunde fiziologic. Astfel, radiațiile ionizante sînt percepute de retina umană sub formă de fosfene ; animalele de experiență pot fi trezite de surse de radiații și de asemenea, ocolesc aceste surse invizibile plasate pe ruta lor obișnuită, dezvoltînd reflexe condiționate dacă este folosită iradierea ca „stimul indiferent". S-a constatat că o sensibilitate deosebită o prezintă zonele trunchiului cerebral și zona hipotalamică. Alte aspecte clinice întîrziate sînt : cefaleea, tulburările de somn, astenia accentuată și hipotensiunea diurnă, tulburările circulatorii cerebrale și cutanate, creșterea pragului de sensibilitate al analizatorilor. Astenia pare a fi accentuată prin insuficiența corticosuprarenală frustă, secundară hiposecreției de ACTH hipofizar.

În expunerea cronică la radiații ionizante și în boala cronică de iradiere — deși țesuturile răspund diferențiat în funcție de particularitățile lor morfologice și proliferative — factorii de control ai homeostaziei, factorii hormonali și probabil și alte elemente de control influențează în mod deosebit aceste efecte.

326. BOALA INCLUZIUNILOR DAWSON — sin. LEUCOENCEFALOPATIE SCLEROZANTĂ von BOGAERT (LESS) sin. → PANENCEFALITĂ SUBACUTĂ SCLEROZANTĂ (PESS).

327. BOALA MUNȚILOR sin. → BOALĂ DE ALTITUDINE ; PUNA(B) boala sin. → D'ACOSTA(B) boală.

328. BOALĂ OCLUZIVĂ ● Stadiu incipient al obstruării definitive a unui vas arterial cerebral, premergător instalării brutale a unei hemiplegii definitive. Se caracterizează prin atacuri ischemice tranzitorii cu semne neurologice focale, pasagere și este întîlnită frecvent în demența arteriosclerotică.

329. BOALĂ PSHICĂ ● „Stigmat al neamului omenesc sau poate o caracteristică genetică a speciei, nebunia a provocat dintotdeuna, prin insolitul ei, o atentă mirare, o cutremurare și o înmărmurire celor ce o întîlneau. Ea a rămas de-a lungul secolelor o constantă preocupare omenească, iar misterul ei ascuns continuă să fascineze și azi inteligența noastră" (PAMFIL, OGODESCU — „Psihozele"). „Există o istorie a nebuniei, așa cum există una a omenirii sănătoase" (PAMFIL).

Istoria conceptului de nebunie, de boală psihică, se împletește cu istoria concepțiilor despre om în general. Acceptînd ideea aceluiași autor, că o definiție reușește de multe ori să neutralizeze și nu să explice un anumit fenomen, încercăm o pătrundere în înțelegerea conceptului de boală psihică (fără a avea pretenția că vom reuși să elucidăm complet această problemă) pornind pe urmele firului istoric al concepțiilor despre nebunie. Istoria conceptului de boală psihică urmărește istoria dezvoltării societății, fiind strîns legată de relațiile social-economice, nivelul cultural, concepțiile moral-religioase ale unei epoci sau alteia. În vechile cronici sînt descrise crizele lui Nabucodonosor, atins de „licantropie", accesele depresive ale unui rege pe care David reușește să-l binedispună prin muzica sa „posedarea" unei prințese egiptene de către un spirit nefast, și enumerarea ar putea continua cu paricidul lui Oedip, delirul mistic al „profetei" Pythis din Delhi și altele.

Întrucît se considera că nebunia este rezultatul unei posedări demonice, practicile terapeutice erau executate de preoții asclepiozi sub forma unor rituri religioase, prin care demonul, spiritul nefast, era somat să părăsească „gazda temporară", prin post, regimuri de purificare etc. O limpezire în aceste concepții o aduce școala pitagoreică prin încercarea de a smulge exclusivitatea practicilor medicale din mîna preoților. Hippocrate din Kos este primul care consideră că afecțiunile mintale sînt boli ale creierului ; „trebuie să se știe că, pe de o parte plăcerea, risul, jocul, veselia, pe de altă parte indispoziția, tristețea, mînia nu provin decît din creier. Prin el noi gîndim, înțelegem, vedem, auzim, cunoaștem urîtul și frumosul, răul și binele, agreabilul și dezagreabilul. Prin el noi sîntem nebuni, delirăm, datorită lui credințele sau teroarea ne ajută fie noaptea, fie după începutul zilei". În școala lui sînt descrise frenia (delirul acut febril), mania, melancolia, boala „sacră" (epilepsia), delirul alcoolic, isteria. El este cel care integrează nebunia într-un sistem unitar de patologie organică, fiind (alături de Democrit) întemeietorul concepției materialist-vulgare a medicinei,

Scanned with OKEN Scanner

a psihiatriei. Hipocrate s-a apropiat de boala psihică din perspectiva medicului generalist, inițiind un tratament spiritual al maladiilor psihice. Ideile lui Hipocrate sînt continuate de Herophye și Erasistrat, în perioada alexandrină, ei posedînd chiar unele cunoștințe de neurofiziologie.

Perioada greco-romană, ai cărei principali reprezentanți au fost : Asclepiade, Celsius, Aretin, Saranus, Caelius, Aurelianus, Galin, aduce idei novatoare, bazate și pe cunoașterea anatomiei și fiziologiei nervoase, care permite o cunoaștere „biologică" a bolii mintale : astfel, Asclepiade din Bitinia separa mania și melancolia de delirurile febrile, dezvoltînd conceptul de „alienatio mentis", referitor la afecțiunile pishice de intensitate psihotică. Celsius înlocuiește acest termen cu cel de „insania" — termen generic care includea trei tipuri de afecțiuni : frenezia (insania acută), melancolia și delirul halucinator — vesel sau trist. Din păcate, contribuțiile importante pe plan teoretic aduse de Celsius sînt umbrite de măsurile „teraputice" recomandate de el, printre care figurau contenția în lanțuri, pedeapsa corporală posturile severe etc. Areteu din Capadocia, sesizează cu o finețe clinică deosebită, corelațiile somato-psihice din cadrul melancoliei, precum și apropierea dintre manie și melancolie, ca fiind două extreme ale aceluiași ax patologic (idee care va fi reluată și confirmată abia 18 secole mai tîrziu, de către KRAEPELIN). Tot el este cel care sesizează caracterul de aparentă hiperproducție intelectuală a maniacalilor. Deși din punct de vedere teoretic Caelius Aurelianus nu a avut o contribuție importantă în dezvoltarea conceptului de boală psihică, citarea numelui său este totuși necesară pentru eforturile pe care le-a făcut în vederea „umanizării" tratamentului bolnavilor psihici, pledînd pentru înlăturarea metodelor de contenție și violență. Cel care încheie această epocă este Galien din Pergam, care aduce importante date de fiziologie cerebrală, considerînd creierul „for" al inteligenței, cunoașterii, sentimentelor ; el diferențiază nebunia idopatică de cea „simpatică", introducînd noțiunile de „morosis" (slăbiciune mintală) și „anoia" (demență).

Dacă ne-am oprit atît de mult asupra acestei perioade istorice este pentru că în ea s-a realizat un pas important spre cunoașterea omului de pe poziții care excludeau, dacă nu în totalitate, cel puțin în parte, intervenția supranaturalului, a divinității, în determinismul existenței omului în lume. Acest mod „materialist" de cunoaștere a omului s-a răsfrînt și în înțelegerea bolii psihice, scoasă de sub dominația autocratică a divinității și adusă pe tărîmul determinismului biologic. Toate ideile novatoare ale acestei epoci sînt însă ulterior umbrite de fanatismul religios al Evului Mediu european : flăcările autodafé-urilor, rugurile ard nu numai opere de cultură sau de știință considerate eretice, ci și trupurile celor ce încercau negarea indoctrinării mistico-religioase. Cunoașterea prin cercetare este interzisă, singura premisă este aceea oferită de doctrinele religioase care instaurau o supremație a supranaturalului, creînd un mediu propice dezvoltării superstițiilor, vrăjitoriei ; în acest context, apare o efervescență a delirurilor mistice, a demonopatiilor, a licantropiei. Revine concepția dominantă a gîndirii primitive că nebuinia nu este altceva decît o „posedare" a spiritului uman de către demoni (se schimbă numai denumirea demonilor — diavolul — în locul spiritelor trimise de zeii antici). Boala psihică devine fie pedepsa pe care Dumnezeu o trimite supușilor săi, fie supremația diavolului. Oricum ar fi însă, cei atinși de nebunie sînt „purificați" prin arderea pe rug sau torturi fizice de o cruzime aproape de neimaginat. Deliranții — acești mari suferinzi — sînt tratați mai aspru chiar decît criminalii, provocînd repulsie, groază, fiind exilați în afara societății. Această concepție domină chiar și gîndirea medicală : AMBROISE PARÉ credea și el în originea supranaturală a nebuniei, iar FOUCAULT considera că bolnavul psihic este însăși întruchiparea diavolului.

Și în Țările Române obscurantismul religios este predominant, dar măsurile adoptate pentru vindecarea și purificarea sufletelor sînt incomparabil mai blînde decît în Europa de Vest : cei atinși de delir, de „boala copiilor", bolnavii psihici, în general, sînt închiși, ca măsură de protecție a societății, în așezăminte situate pe lîngă mînăstiri. Tratamentul se reduce la slujbe și practici religioase, din care erau excluse cruzimea și violența. Deosebit de important de menționat este faptul că, în pravilele voievodului muntean Matei Basarab, se menționa faptul că, pentru constatarea nebuniei, este necesară prezența unui medic, ceea ce înseamnă că se recunoștea originea „umană" a bolii psihice (și nu cea supranaturală) odată constatată boala de către medic, subiectul este izolat și supravegheat „pînă își va recăpăta rațiunea" — fapt ce implică recunoașterea reversibilității bolii psihice.

În Europa, la sfîrșitul secolului al XV-lea și în secolul al XVI-lea, se declanșează avalanșa ideilor renascentiste ; doctrinele religioase sînt definitiv învinse, concepția despre om și, paralel, despre boala psihică fiind complet revi-

zuite (ideile materialismului antic sînt redescoperite). FELIX PLATER, PAOLO ZACCHIAS, THOMAS WILLIS caută să reconsidere boala psihică ca o maladie a creierului, încercînd o delimitare după criterii psihologice a principalelor forme de tulburare mintală (FELIX PLATER considera patru mari entități : imbecilitatea, idioția, afecțiunile convulsive și apoplexia, și boli psihice propriu-zise, în care sînt incluse frenezia, mania, melancolia, hipocondria și coriomania). Se fac tentative de readucere a maladiilor psihice pe teritoriul medicinei, considerindu-se că acestea au o bază materială. Influența ideilor lui BACON și DESCARTES, care introduc metoda observației fenomenelor, determină descoperiri importante în științele naturii, chimie, astronomie, descoperiri care se reflectă și în modul de tratare a conceptului de boală psihică. În secolul al XVIII-lea, conceptul de boală psihică începe să se contureze, prin identificarea alienației mintale și a fenomenelor psihopatologice cu suferința ființei umane, privită acum ca o unitate psihobiologică. MORGAGNI, BONET, VIEUSSENS orientează concepțiile medicale spre organic, spre materia vie. Sfîrșitul secolului al XVIII-lea cunoaște o mare efervescență a ideilor de revoluționare ; omul nu mai este considerat nici înger nici demon, așa încît boala psihică este o boală ca oricare alta, o suferință, rezultată din „pierderea libertății lăuntrice". Pentru a fi clarificat conceptul de nebunie, va mai fi însă necesar aproape un secol, în care se va duce lupta „pentru a detrona, pe rînd, dominația exclusivistă și mecanicistă a fiziologiei și psihologiei". Dezvoltarea neurobiologiei, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, permite stabilirea unor limite între afecțiunile neurologice și psihice, nebunia fiind privită ca o dezorganizare a activității psihice normale, condiționată de un porces organic. Boala psihică devine o modificare a unității persoanei, o tulburare a relațiilor sale cu lumea.

În secolul al XX-lea s-a ajuns să se afirme că „despre boala psihică știm mai mult decît despre sănătatea mintală, deoarece ea reprezintă o realitate omenească denivelată și simplificată" (PAMFIL).

Boala psihică se definește, în general, în raport cu starea de sănătate psihică, interesînd întreaga ființă umană, în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică și socială ; ea afectează psihismul ca „multiplex", ca un sistem structural, pe coordonatele biologice, sociale, culturale. Mult mai greu de sesizat față de bolile organice în care o plagă, o anomalie biochimică, de exemplu, este evidentă, palpabilă, boala psihică constă totuși, în esență, în același fenomen de dezorganizare, care scoate ființa umană în afara limitelor sale, fenomen exteriorizat prin semne patologice care, inițial necunoscute, ulterior sistematizate, conduc la construirea unui eșafodaj nozologic. În psihiatria modernă, cauzalitatea și patogeneza au o valoare explicativă minoră, în încercarea de definire a bolii psihice, pentru că informațiile pe care le deținem, referitor la originea și declanșarea suferinței psihice, sînt încă insuficiente. Înțelegerea bolii psihice implică înțelegerea persoanei ca ansamblu integrant de fenomene biologice-psihologice-sociale ; ea nu poate apărea decît în momentul în care se cristalizează conștiința libertății lăuntrice, conștiința individualității insului. Fundalul bolii psihice (ca de altfel și al normalității) este personalitatea, boala obiectivîndu-se prin „semne patologice" care constau dintr-un anume mod de existență, conduite, idei, credințe, în contrast flagrant cu cele ale comunității, și prin aceasta, bizare și incomprehensibile. Deși în fond o dezorganizare, cu pierderea libertății interioare, boala psihică poate apărea ca o paradoxală organizare sau, mai bine spus, ca o reorganizare la un nivel inferior a psihismului, ea fiind „o boală a libertății și suferință a invenției, a descompunerii și malformației compensatoare". Pentru H. EY, boala psihică are o dualitate structurală, fiind alcătuită din două aspecte complementare : un aspect negativ (destructurarea conștiinței) și un aspect pozitiv, compensator, de neoformație (delir, halucinații). Cantitatea de libertate a bolnavului psihic este mult mai mică decît a propiei sale existențe anterioare bolii. Expresia acestei lipse fundamentale de libertate se concretizează în desprinderea de real, incapacitatea de a discerne, invazia trăirilor înspăimîntătoare.

Referitor la boala psihică nu se poate vorbi (sau nu se poate vorbi încă) de un substrat anatomo-patologic, nu se poate stabili o corelație certă și semnificativă între acest substrat și fenomenele psihopatologice ; o asemenea relație nu se stabilește direct, ci mediat. Specificitatea bolii psihice este dată de faptul că ea apare pe fundalul persoanei unice și originale, rezultatul interacțiunii dintre teren (persoană) și agentul patogen (traumă psihică) putînd prezenta o multitudine de aspecte, care determină o mare diversitate clinică a tulburărilor mintale, indiferent de natura lor psihotică, nevrotică, demențială. Specificitatea de manifestare a boli psihice este dependentă de personalitatea premorbidă pe care s-a grefat afecțiunea ; nucleul personalității va fi în mod specific modificat de boală, în funcție de caracteristicile premorb-i

dului : unele trăsături preexistente pot fi accentuate grotesc, calitatea personalității în sine poate fi modificată sau poate ajunge la o deteriorare a personalității. Prin boală, o personalitate se restructurează la un nivel anterior atins. Reacția pe care boala o declanșează este întotdeuna vectorizată de trăsăturile premorbide ale personalității. Personalitatea explică întreaga psihopatologie a psihogeniilor, pentru celelalte boli ea fiind factorul patoplastic care face comprehensibilă forma bolii, dar nu și conținutul său. În același timp, absolutizarea premorbidului conduce la impasuri majore în delimitarea conceptului de boală psihică, ce trebuie privită în dinamica interacțiunii dintre morbid și premorbid.

Evoluția conceptului de boală psihică a parcurs și continuă să parcurgă o traiectorie sinuoasă și, nu rareori, paradoxală, de la asimilarea tuturor reacțiilor de dezadaptare socială ca stare morbidă, pînă la negarea ei aproape totală (antipsihiatria) sau la afirmarea existenței unei boli unice.

Afecțiunile psihice constituie obiectul specific de studiu, tratament și prevenire al psihiatriei, beneficiind de o încadrare nozologică distinctă, deci de o fizionomie clinică, structură și evoluție proprie. Fără a fi entități anatomoclinice propriu-zise, ci mai degrabă „forme de existență a conștiinței patologice" — cum spunea E. EY — bolile psihice includ : psihozele, caracterizate printr-un grad crescut al gravității simptomelor (idei delirante sau modificări extreme ale dispoziției afective) cu o determinantă fie endogenă fie psihogenă ; nevrozele, caracterizate prin tulburări psihice de mai mică intensitate, care nu alterează nucleul personalității ; demențele, care implică o profundă destructurare psihică ; oligofreniile, ca formă de nedezvoltare intelectuală manifestată de la naștere. Criteriul evolutiv a condus la împărțirea bolilor psihice în : acute, în cazul reacțiilor patologice, episoadelor maniacale sau depresive majore, al episoadelor halucinator-delirante, al sindroamelor confuzionale și cronice — afecțiuni care au, în mod spontan, un curs progresiv sau continuu, cu efect pe termen lung asupra întregului psihism : nevroze, psihoze, demențe. Psihopatiile sau structurările dizarmonice ale personalității ocupă un spațiu deosebit prin situarea lor la granița, greu delimitabilă, dintre normalitate și boală, dubla lor apartenență fiind comandată, dintr-un sens în celălalt, de stările de decompensare care pot apărea în echilibrul interior al subiectului. Tulburările psihice caracteristice vîrstei (adolescenței, climacteriului, senescenței fiziologice), ca și unui anumit fond somatic nu pot fi considerate nici cauze, nici boli, nici terenuri patologice propriu-zise. Ele constituie numai un corolar, o sinteză de etapă, a modificărilor aduse de vîrstă.

330. **BOALĂ PSIHOGENĂ** → PSIHOGENIE

331. **BOALĂ ROZĂ** — sin. ACRODINIE ; CHARDON(B) boală ; ERITEM POLINEUROPATIC ; SELTER-SWIFTFEER(B) boală ; TROFODERMATONEUROZĂ sin. → ERITEM AUSTRALIAN.

332. **BOALA SFÎNTULUI VALENTIN** • Una din denumirile medievale europene ale epilepsiei → EPILEPSIE.

333. **BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE** — sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZ NICK UND SALAAM — KRAMPF ; CRIZE ELCAIRE ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICA ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICA INFANTILA CU HIPSARITMIE ; GIBBS(B) boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MYOCLONIC JERKS ; NICKKRÄMPFE ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP SALAAM sin. → WEST(S) sindrom.

334. **BOALA TICURILOR** — sin. MALADIA TICURILOR sin. → GILLES de la TOURETTE(B) boală.

335. **BOAS-MATHIEU(S)** *sindrom* sin. → ACORIE.

336. **BOBSULE(M)** Japonia — DCI *Hidroxizin* • Tranchilizante, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN(M).

337. **BOCKER(T)** *test* • Elaborat în 1961, testul își propune stabilirea gravității sindroamelor de tranziție Wieck. Compus din 13 subteste, gradate în dificultate, testul permite o evaluare bimodală : scorul obținut și timpul necesar rezolvării. După rezultatul obținut, starea subiectului se poate încadrea în trei trepte de gravitate.

Scanned with OKEN Scanner

338. **BODAMER**[S] *simptom* — sin. PROSOPAGNOZIE ● Imposibilitatea de a recunoaşte fizionomia unei persoane anterior cunoscute, în contact direct sau în fotografii. Prosopagnozia poate fi congenitală sau dobîndită, situaţie în care această agnozie vizuală se asociază frecvent cu apraxie şi afazii, avînd valoare de diagnostic în stările demenţiale presenile.

339. **BOF**[M] S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, TDS ; contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

340. **BOGAERT**[B] *boală* — sin. ATROFIE PALIDALĂ PROGRESIVĂ ; ATROFIE PALIDOSUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ ● Face parte din grupul bolilor degenerative ; se datoreşte atrofiei globului palid şi a corpului Luys. Evoluează pe axul rigiditate, mişcări involuntare, tulburări vegetative, regresie mintală.

341. **BOGAERT-NISSEN**[S] *sindrom* ● Formă tardivă a leucodistrofiei familiale progresive, al cărui debut se situează după vîrsta de 30 de ani, cu modificări ale sferei afective. Se instalează ulterior para- şi tetraplegie, sindrom piramidal şi pseudobulbar, lentoare a reactivităţii pupilare. Deteriorarea intelectuală este progresivă şi rapidă. Anatomopatologic se observă demielinizare sistemică cu distrugerea axonilor.

342. **BOGAERT-SCHERER-EPSTEIN**[B] *boală* ● Afecţiune legată de deficienţa catabolismului lipidic (lipoidoză colesterinică), care conduce la depunerea de colesterină în substanţa albă, în special a cerebelului. Ataxia cerebeloasă este însoţită de plan psihic de întîrzierea dezvoltării mintale în grade diferite, putînd atinge imbecilitatea.

343. **BOGĂŢIE**[D] *delir* ● Convingere delirantă puternică pe care o are subiectul, impenetrabilă la argumente logice şi la proba obiectivă a realităţii, că deţine averi fabuloase, despre care vorbeşte cu oricine şi pe care le împarte cu dărnicie. Face parte din delirul de grandoare şi se desfăşoară pe un fond de euforie. Se întîlneşte în sindroamele maniacale, formele expansive ale delirurilor cronice, psihozele de involuţie şi PGP, unde de altfel constituie trăsătura distinctă, luînd forme maximale → DELIR.

344. **BOHMIN**[M] Japonia — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

345. **BOICIL**[M], **BOICIL FORTE**[M] ● Medicament original românesc, conţinînd extract selectiv de Helleborus species, cu acţiune antalgică şi miorelaxantă, indicat în algii, migrene, nevralgii. Contraindicat în sarcină.

346. **BOISVERT**[B] *boală* ● Polinevrită alcoolică, în care predomină tulburările senzitive, manifestate în special prin durere spontană şi la compresiune, dar cu tulburări motorii minime (FEIGHIN). Termenul a fost astăzi aproape abandonat.

347. **BOLI INFECŢIOASE GENERALE** — *tulburări psihice* ● Manifestări psihice polimorfe, care apar înaintea, în timpul sau după evoluţia unei simptomatologii infecţioase generale, cu etiologie virală sau microbiană, avînd un tablou umoral şi o expresie paraclinică specifice. Este adevărat că progresele înregistrate de antibioterapie, ca şi de tehnicile de terapie intensivă au redus mult incidenţa, durata şi amploarea tulburărilor psihice din cursul unor afecţiuni infecţioase, care, în alte epoci, dominau patologia colectivităţilor umane, prin aspectul lor clinic complex şi implicaţiile epidemiologice.

Astăzi, psihiatrul vine în contact cu formele mai uşoare ale unor manifestări psihice (de obicei, de intensitate nevrotică), la nivelul ambulatoriului şi mult mai rar, cu acelea grave, de tip confuzional, în spitale.

Desigur ,mecanismele etiopatogenice exacte sînt încă insuficient elucidate, dar se presupune o afectare difuză generală, nespecifică a sistemului nervos central. Investigaţiile paraclinice, examenele de laborator aduc date preţioase în sprijinul etiologiei sindromului infecţios de bază şi în eliminarea altor circumstanţe patologice.

Evoluţia manifestărilor clinice se află într-o relaţie directă cu cea a bolii infecţioase generale, depinzînd de precocitatea instituirii şi de corectitudinea tratamentului în care psihotropele reprezintă numai un adjuvant.

348. **BOLI NEUROLOGICE** — *tulburări psihice asociate* ● Categorie variată şi nespecifică de manifestări psihice, care apar la debutul afecţiunii neurologice (cînd sînt posibile erori

Tabel nr. XXX

Tulburări psihice în boli infecțioase generale

Forme clinice	Semne psihice	Diagnostic diferențial	Semne generale	Investigații paraclinice și examene de laborator
1	2	3	4	5
GRIPA	• sindrom depresiv ; • sindrom neurastenic ; • sindrom confuzional ; la bătrîni și copii ; • psihoză schizofreniformă.	• neurastenie ; • sindrom psiho-organic acut, în cadrul altei infecții generale sau a SNC ; • tumori cerebrale ; • schizofrenie (debut)	• febră ; • semne respiratorii : catar rinofaringian, tuse ; • curbatură, inapetență ; • ± semne neurologice : nevralgii, cefalee, hemiplegii, afazie, crize convulsive.	• radiologic : infiltrat interstițial de durată scurtă (zile) ; • în singe : creșterea titrului de anticorpi specifici de cel puțin 4 ori, în interval de 2 săptămîni ; • examenul sputei : izolarea virusului.
PNEUMONII ACUTE	• sindrom neurastenic (forme ușoare) ; • delir febril și sindrom confuzional (forme grave).	• neurastenie ; • sindrom psiho-organic acut, de diferite alte etiologii ; • delirium tremens	• frison ; • febră ; • dureri toracice ; • tuse ; • stetacustic : semne de condensare pulmonară.	• radiologic : opacitate segmentară sau lobară (etiologie microbiană) și de tip interstițial (etiologie virotică) ; • leucocitoză cu polinucleoză (microbiană) ; • VSH crescut ; • examenul sputei : numeroase polinucleare ± floră microbiană.

TUBERCULOZA	• sindrom confuzo-oniric (cel mai frecvent) • sindrom depresiv melancoliform ; • sindrom maniacal (mai rar) ; • sindrom paranoid nesistematizat ; • sindrom catatonic ; • acte impulsive, cu implicații medico-legale (fugi, suicid) ; • sindrom neurastenic.	• sindrom psiho-organic acut, de alte etiologii ; • delirium tremens ; • PMD ; • schizofrenie ; • raptusuri ale dizarmonicilor	• stări subfebrile prelungite, transpirații ; • inapetență, scădere în greutate ; • alterarea stării generale ; • tuse iritativă, apoi cu expectorație ; • raluri umede stetacustic.	• rdiografie pulmonară necaracteristică ; • bronhoscopia exploratorie ; • examene nespecifice de laborator, cu valoare redus ; hemoleucogramă și VSH modificate nesemnificativ ; • IDR și PPD — are valoare diagnostică maximă ; • culturi, inoculare la cobai.
HEPATITA ACUTĂ VIRALĂ	• sindrom neurastenic (la debut și în convalescență); • sindrom depresiv persistent ; • tulburări de conștiință, în grade variabile (pînă la comă).	• neurastenie ; • depresie și echivalențe depresive ; • sindrom psiho-organic acut, de alte etiologii	• icter ; • inapetență, grețuri, jenă în hipocodrul drept ; • urini hipercrome, fecale decolorate, febră inițial ; • ficat mărit, sensibil.	• explorări nespecifice : bilirubinemie serică predominant conjugată, TGP și fosfatază alcalină crescută ; în urină, pigmenți biliari și urolibinogen crescut ; • teste imunologice specifice AgHB, AcHB.
REUMATISMUL ARTICULAR ACUT	• sindrom confuzo-oniric, comă ; • psihoze schizofreniforme ; • sindrom neurastenic.	• sindrom psiho-organic cronic, de alte etiologii ; • schizofrenie ; • depresie și echivalențe depresive ; • neurastenie.	• polialtralgii ; • coree ; • nodul subcutanat ; • eritem marginal ; • cardită ; • febră ; • artralgii.	• VSH ; • leucocitoză ; • proteina reactivă pozitivă ; • fibrinogen crescut.

Tabel nr. XXXI

Tulburări psihice în boli neurologice

Forme clinice	*Semne psihice*	*Diagnostic diferențial*	*Semne generale*	*Investigații paraclinice și examene de laborator*
1	2	3	4	5
BOALA PARKINSON	• sindrom depresiv ; • stări psihopatoide ; • sindrom demențial.	• nevroze ; • PMD ; • tremor senil • delirium tremens ; • demențe de alte cauze ; • eredoataxii spinocerebeloase.	• tremurături ; • rigiditate musculară ; • akinezie ; • ROT exagerate ; • sialoree ; • seboree.	• LCR : nespecific ; • EEG : unde teta difuze ; • PEG : atrofie corticală predominent frontală ; • EMG : tremorul — descărcări ritmice urmate de intervale libere ; rigiditate, silențiu electric.
COREE CRONICĂ HUNTINGTON	• sindrom depresiv melancoliform ; • sindrom neurastenic ; • stări psihopatoide explozive ; • psihoze schizofreniforme ; • demență progresivă ; • sindrom confuzo-oniric sau stări crepusculare.	• neurastenie ; • dizarmonii de personalitate ; • PMD ; • demențe de altă cauză ; • sindrom psiho-organic acut, de etiologii diverse.	• mișcări coreice ; • ataxie ; • tremurături parkinsoniene ; • distonie, hipotonie, crize convulsive.	• LCR : aminoacizii : serină, cisteină, metionină — crescuți ; • acid glutamic și piruvic — scăzuți ; • EEG : unde beta și teta crescute ca incidență ; • PEG : lărgirea ventriculilor laterali, atrofie corticală difuză.
EREDOATAXIE SPINALĂ FRIEDRICH	• deficit intelectual de tip oligofrenic/demențial caracter familial.	• oligofrenii ; • demențe de alte etiologii ; • neurolues ; • boala Wilson ; • scleroză multiplă.	• ataxie ; • pareze distale pînă la paraplegie ; • tulburări de sensibilitate tactilă și profundă ; • ROT abolite ; • dizartrie ; • atrofii musculare.	• LCR : proteinorahie discretă, cu globuline, semnificativ crescut ; • EMG : viteza de conducere a nervului diminuată ; • examen radiologic : cifoscolioză, deformări ale scheletului membrelor inferioare.

Scanned with OKEN Scanner

SCLEROZA MULTIPLA (LEUCONEVRAXITA)	• tulburări afective : depresie reactivă, euforie, labilitate emoțională excesivă ; • tulburări de personalitate : retragere în sine, susceptibilitate, fenomene isterice ; • tulburări de tip demențial, pe un fond de euforie nătingă ; • tulburări psihotice, mai rare și mascate de celelalte simptome.	• PMD ; • isterie ; • tumori cerebrale ; • neurolues.	• sindrom piramidal : parapareză spastică, hipertonie ; • sindrom cerebelos : tremurături intenționale accentuate ; • sindrom vestibular : nistagmus, vertij.	• alfa și gamaglobuline serice crescute în pusee ; • examenul fundului de ochi ; decolorarea bitemporală a papilelor optice și periflebita retiniană ; • examanul LCR : hiperproteinorahie discretă cu hipergamaglobulinorahie și pleiocitoză ; RBW negativ, reacția cu benzoe coloidal pozitivă, deviată spre dreapta, creșterea semnificativă a IgG ; • EEG — modificări nespecifice.
HIDROCEFALIE CU PRESIUNE NORMALĂ	• diminuarea globală a memoriei precoce pînă la sindrom Korsakov ; • depresie ; • sărăcire psihică ; • sindrom catatonic in forme avansate.	• sindrom demențial de altă cauză ; • schizofrenie tardivă ; • depresie de involuție.	• apraxia mersului (caracteristic) • parapareză spastică ; • incontinență urinară ; • nistagmus; • reflex de sugere ; • grasping.	• teste psihometrice semnificative pentru deteric-rare ; • examen FO : absența edemului papilar ; • EEG : cu unde teta și delta necaracteristice ; • LCR : presiune normală sau chiar scăzută ; constituenți normali.
BOALA JAKOB-CREUTZFELD	• sindrom neurastenic anxios (la debut) ; • sindrom paranoid ; • sindrom demențial.	• demențe presenile ; • coree Hungtington ; • boala Wilson ; • epilepsie ; • accidente vasculare cerebrale ; • episoade psihotice acute.	• neuropareze, paralizii de nervi cranieni ; • sindrom extrapiramidal ; • amiotrofii ; • abolirea unor reflexe profunde ; • sindrom cerebelos.	• teste psihometrice semnificative pentru deteriorare ; • EEG : hipovoltat, cu descărcări paroxistice de unde lente și vîrfuri bi- sau trifazice ; • LCR : rar hiperproteinorahie și excepțional pleiocitoză ; • PEG : atrofie corticală și hidrocefalie ventriculară latentă.

de diagnostic, psihiatrul etichetînd ca primare unele semne ce sînt doar simptomatice, sau descoperind prea tîrziu organicitatea „*unei psihogenii sau endogenii*") și care evoluează spre un sindrom demențial.

Diagnosticul pozitiv este posibil, cu ajutorul unei corecte recunoașteri a semnelor neurologice și al investigațiilor paraclinice și de laborator, dar este confirmat, din păcate de evoluția deteriorativă.

Este de necontestat influența pe care o au, în cursul desfășurării procesului morbid, atît factorii organici cerebrali, cît și cei psihologici, care nuanțează decompensări nevrotice, cel mai des reactive. Astfel, statutul de invaliditate și dependență al subiectului față de anturaj, prin sechelele neurologice și regresie în mediul spitalicesc, accentuează, de cele mai multe ori, un tablou depresiv anxios, care face și mai dificilă adaptarea subiectului la mediu și la propria boală.

În afara unor succese terapeutice înregistrate în ultimii ani în boala Parkinson (anticolinergice, L-Dopa etc.), în leuconevraxită (corticoterapie, anticorpi, rujeolici etc.) sau în hidrocefalia cu presiune normală (intervenția oportună neurochirurgicală), în cazul celorlalte afecțiuni neurologice nu se poate vorbi de o influență terapeutică în sens pozitiv.

349. **BOLI CU PATOGENEZA METABOLICĂ** — *tulburări psihice* ● Întîlnirea psihiatrului, în spital sau ambulator, cu bolnavi suferinzi de afecțiuni în a căror patogeneză sînt implicate perturbări la nivelul deferitelor verigi metabolice, nu este tocmai rară. Tulburările psihice se caracterizează prin nespecificitate și un mare polimorfism, ca expresie a afectării globale a celulei nervoase, a nivelului primar și, în același timp, fundamental al metabolismului energetic și/sau hidroelectrolitic, ce asigură funcționalitatea sistemului nervos central. Încă o caracteristică esențială : reversibilitatea modificărilor psihice, pe măsura corectării tulburării metabolice.

Etiopatogenia acestor tulburări psihice rezidă în modul cel mai direct în disfuncția metabolică a celulei, în perturbarea delicatelor sisteme enzimatice sau blocarea neurotransmițătorilor, În cazul cînd organismul se află în pericol vital (marile insuficiențe organice), sînt implicate mecanisme de tip toxic, care blochează principalele verigi componente ale ciclului Krebs. Afectări metabolice cum sînt : diabetul zaharat, hiperinsulinismul, insuficiența respiratorie, insuficiența pancreatică, hepatică, renală, tulburări hidro-electrolitice, porfiria acută și boala Wilson (degenerescența hepato-lenticulară) determină manifestări psihice evoluînd pe fundalul bolii de bază, în care investigațiile paraclinice și examenele de laborator aduc o contribuție importantă în diagnostic. Pentru principalele aspecte clinice, psihice și generale ale acestor afecțiuni, vezi tabelul.

350. **BOLLACK**[s] *semn* ● Element care permite, chiar și în absența examenului oftalmologic pozitiv, punerea în evidență a stazei papilare ; este caracterizat prin crize pasagere de întunecare a vederii (posibilă și cecitate tranzitorie), ce pot surveni de mai multe ori pe zi, explicate prin creșterea paroxistică a tensiunii intracraniene sau spasme ale sistemului vascular retinian. Cunoașterea lui este utilă în diagnosticul diferențial al funcționalului care, în cazul de față, poate fi... „*mai puțin funcțional*".

351. **BOLNAV PSIHIC PERICULOS** ● Bolnav a cărui stare este acut și brusc tulburată, astfel încît pune în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie și a altora, valori materiale sau tulbură repetat și grav condițiile de muncă și de viață în familie și societate, impunînd medicului, anturajului și autorităților măsuri deosebite. H. EY împarte stările de periculozitate ale bolnavului psihic în : reacții autoagresive (automutilări, tentative de sinucidere, sinucidere) ; reacții heteroagresive directe (răni, lovituri, atentat la bunele moravuri, furturi, calomnii, incendii, tentative de omor, omucideri) ; reacții heteroagresive indirecte (neglijențe în comportament, accidente de muncă și daune economice consecutive). Aceste stări pot apărea îndeosebi in psihoze, demențe, oligofrenii, epilepsie, toxicomanii. Asistența acestor bolnavi are caracter de urgență, tratamentul medical fiind obligatoriu. Legislația privind asistența bolnavilor psihici periculoși reglementează condițiile tratamentului, al cărui scop este „înlăturarea tulburărilor intervenite în starea bolnavilor, în vederea îmbunătățirii capacității de adaptare psihosocială a acestora". Prevederile legislației au și valoare profilactică, împiedicînd bolnavul psihic periculos să comită acte antisociale, care ar necesita evaluarea discernămîntului și eventuale măsuri de siguranță prevăzute în Codul Penal. Tratamentul obligatoriu este ambulator sau în spital și se decide de către o comisie de trei medici psihiatri pe baza examinării subiectului și a unor documente care să ateste periculozitatea comportamentului acestuia. Propunerea pentru acest tratament, efectuată în scris de către anturaj, confirmată de medicul dispensarului teritorial de medicină generală și de psihiatrul din policlinică și corelată cu ancheta socială,

Tabel nr. XXXII

Tulburări psihice cu patogeneza metabolică

Forme clinice	*Manifestări psihice*	*Diagnostic diferențial*	*Semne generale*	*Investigații paraclinice și examen de laborator*
1	2	3	4	5
DIABET ZAHARAT	● dezvoltări nevrotice, hipocondriace ; ● tulburări de comportament ; ● tulburări de dinamică sexuală ; ● sindrom psiho-organic cronic, pe fondul vascular modificat, cu acutizări sub forma tulburărilor progresive ale conștiinței, pînă la stadiul de comă diabetică (acidocetozică, hiperosmolară, necetozică, hiperglicemică).	● oligofrenie ; ● demențe presenile ; ● nevroze ; ● isterie ; ● epilepsie ; ● tumori cerebrale.	● polidipsie ; ● poliurie ; ● polifagie ; ● complicații neurologice : neuropatia periferică (simetrică/asimetrică), radiculopatia, neuropatia, autonomă viscerală, craniană și retinopatia, mielopatia amiotrofică ; ● accidente cardiovasculare.	● hiperglicemie à jeun (eventual, provocată) ; ● glicozurie.
HIPERINSULINISM (adenom pancreatic)	● accese paroxistice : cefalee, anxietate, tremurături ; ● accese benigne : apatie, astenie, anxietate, depresie ; ● accese grave : manifestări de tip isteric, agitație de tip maniacal, hipererotism, acte medico-legale, tulburări schizoforme și epileptiforme ;	● nevroze anxioase, depresive ; ● isterie ; ● schizofrenie ; ● manie ; ● demențe ; ● epilepsie ; ● tumori cerebrale.	● forme minore : senzație de foame imperioasă, tahicardie, slăbiciune. ● semne majore (neuroglicozurie cerebrală) : stupoare pînă la comă (în 50% din cazuri), spasme clonice și/sau tonice reflexe vii, Babinski pozitiv bilateral.	● hipoglicemie à jeun 50 mg %.

Tabel nr. XXXII (continuare)

1	2	3	4	5
	• intercritic somnolență, hipoprosexie, hipomnezie, bradipsihie, incoerență, agresivitate, disforie, confuzie mintală.			
INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE	• anxietate intensă, depresie/euforie ; • iritabilitate, irascibilitate ; • tulburări de atenție și memorie.	• nevroze ; • isterie ; • PMD ; • psihosindrom organic (infecțios, toxic, tumoral etc.).	• semne neurologice : cefalee, flapping tremor, mioclonii, ROT vii, crize epileptice (rar) ; • dispnee, cianoză.	• hipercapmie și hipoxie ; • probe ventilatorii modificate in funcție de etiologie.
INSUFICIENȚĂ PANCREATICĂ	• agitație psihomotorie intensă amintind de delirium tremens ; • halucinații (frecvent) ; • anxietate ; • sindrom confuzional, onirism.	• alcoolism acut ; • sindrom psihoorganic de diferite etiologii.	• semnele pancreatitei acute : durere abdominală în bară, febră ± șoc, tulburări digestive (după un prînz bogat) ; • semne neurologice : tremurături, mioclonii, Babinski pozitiv.	• hiperamilazemie ; • amilazurie ; • hiperlipazemie ; • hiperleucocitoză ± hiperglicemie ; • hipocalcemie.
INSUFICIENȚĂ RENALĂ : ACUTĂ CRONICĂ	• agitație psihomotorie ; • halucinații ; • sindrom confuzooniric (uree 1g °/₀₀) ; • sindrom maniacal ; • stupoare. • sindrom neuroastenic	• accidente vasculare cerebrale ; • PMD ; • alcoolism, alte toxicomanii ; • infecții ale sistemului nervos.	• tulburări digestive. • HTA, semne de insuficiență cardiacă ; • anemie, sindrom hemoragipar ; • prurit, edeme ; • flapping tremor, mioclonii, convulsii.	• valori crescute ale creatininei, ureei ; • hiponatriemie, hiperkaliemie, hipocalcemie ; • acidoză.

INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ : ACUTĂ	• tulburări de conștiință (sopor-comă), sindrom confuzo-oniric.	• sindrom psihoorganic de alte etiologii.	• icter ± șoc ; • flapping tremor, crize convulsive ;	• hiperbilirubinemie ; • hiperamoniemie ; • TGP crescută ;
CRONICĂ	• sindroame confuzioale tranzitorii, pe fond de deteriorare intelectuală.	• neurastenie ; • dizarmonici astenici, psihastenici.	• tremurături ; • tulburări de tonus. ; • semne extrapiramidale.	• timp Quick crescut ; • BSP scăzut.
TULBURĂRI HIDROELECTROLITICE (DESHIDRATARE)	• sindrom neurastenic ; • diferite grade de tulburare a conștiinței (sopor-comă).	• schizofrenie ; • depresie melancoliformă ; • demențe ; • orice sindrom psihoorganic/ acut/cronic.	• semne de deshidratare cutanată ± șoc ; • sete intensă ; • scădere în greutate ; • mioclonii, convulsii.	• hiperosmolaritate plasmatică ; • creșterea concentrației electroliților extracelulari.
PORFIRIA ACUTĂ	• iritabilitate, criză de plîns, anxietate, insomnii ; • stări depresive și anxioase hipocondriace ; • sindrom confuzional ; • sindrom oneiroid.	• nevroze ; • sindrom psihoorganic de alte etiologii.	• tulburări digestive : durere abdominală acută, greață, vomă, constipație severă ; • neuropatie periferică de tip flasc : areflexie, amiotrofie acută, parestezii sau dureri musculare violente (uneori, semnele neurologice sînt absente sau tardive).	creșterea în urină a porfobilinogenului și a acidului alfa-aminolevulinic.
DEGENERESCENȚA HEPATOLENTICULARĂ (BOALA WILSON)	• sindrom neurastenic ; • modificări afective dominante ; • rareori, episoade delirante ; • regresie intelectuală.	• neurastenie ; • PMD ; • demențe.	• hepatosplenomegalie ; • tulburări neurologice : sindrom extrapiramidal, flapping, hipomimie, dizartrie, disfagie, crize jacksoniene, hemiplegie.	• aminoacidurie ; • glicozurie, proteinurie ; • cupremie sanguină și ceruloplasmină serică scăzută ; • examen oftalmologic : inel cornean Kayser-Fleischer ; • biopsie hepatică.

se înaintează Consiliului Popular spre avizare. Modificarea sau încetarea acestui tratament este hotărîtă de aceeași comisie care l-a instituit. Hotărîrea comisiei medicale poate fi contestată la judecătoria în a cărei rază teritorială se află unitatea sanitară unde funcționează această comisie, iar legalitatea hotărîrilor comisiei este verificată periodic de Procuratură.

352. **BOLVIDON**(M) Anglia — DCI *Mianserin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzo/c,f/-pirazin/1,2-a/azepină, indicat în depresii de orice formă și intensitate, cu mențiunea că, în cele nevrotice, poate apărea, în primele zile, somnolența. Prudență la vîrstnici și în epilepsie. Nu are antidot cunoscut ₣ important pentru intoxicații de diferite etiologii.

353. **BOMBARDA Miguel-Augusto** (1851—1910) ● Psihiatru portughez, originar din Brazilia. Își susține teza referitoare la delirul de persecuție. A fost profesor al Universității din Lisabona, președinte al Societății medicale portugheze, fondator al celei mai cunoscute reviste medicale portugheze „Journal de Médicine contemporaine". Adept al teoriei organiciste în psihiatrie, publică numeroase lucrări, dintre care cităm: „Neuronul și viața psihică", „Emisferele cerebrale și funcțiile psihice", „Conștiința și liberul-arbitru". Moare asasinat de un bolnav psihic, în spitalul care îi va purta numele.

354. **BONADETTES**(M) S.U.A. — DCI *Meclozină* ●
BONADOXIN(M) Japonia
BONAMINE(M) Japonia
Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

355. **BONAPARTE Marie** (1882—1962) ● A avut un rol important în cadrul mișcării psihanalitice franceze, fiind o discipolă fidelă a lui FREUD și intervenind decisiv în două momente grele: salvarea Editurii vieneze „Psychoanalytischer Verlag", prin resursele materiale proprii, și, în 1938, salvarea lui FREUD și facilitarea ajungerii sale în Anglia, după anexarea Austriei. A finanțat la Londra editarea operelor complete ale lui FREUD, în 1939. A tradus o serie de lucrări ale lui FREUD și este autoarea unor lucrări psihanalitice; „La symbolique des Totems" (1927), „Edgar Allan Poe, sa vie, son oeuvre" (1933), în care face o analiză literară subliniind rolul fantasmelor sadice și necrofilice ale lui Poe în creația scriitorului. În „À propos de l'analyse d'une jeune fille orpheline de mère", se găsesc multiple rezonanțe autobiografice, mama autoarei murind la o lună după nașterea ei. „Monologues devant la mort" și „De la sexualité de la femme", apărută în 1951, sînt alte două lucrări care probează orientarea psihanalitică a autoarei.

356. **BONAPENE**(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

357. **BONARE**(M) Mexic — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

358. **BONHOEFFER Karl** (1868—1948) ● Psihiatru german, cu deschidere către psihiatria organică. Student și apoi colaborator al lui WERNICKE, publică prima lucrare în 1897: „Une contribution à la localisation de mouvements choréiques". În anul următor, susține teza cu o lucrare privind stările delirante ale alcoolicilor. În 1903, este profesor la Königsberg, în 1905 — la Heidelberg, iar între 1907—1937, este profesor la Charité, la Berlin. Este preocupat de patologia de graniță, neurologie/psihiatrie și de alcoolism (delirium tremens, psihoza Korsakov). Constată și afirmă că tulburările psihice apărute în cursul intoxicațiilor și infecțiilor prezintă aceleași caractere semiologice, numite de el „sindroame exogene acute" („exogene psychische Reaktionstypen"), ce au drept trăsătură comună alterarea stării de conștiință. Lucrările sale cele mai importante sînt: „Psihoze simptomatice ce însoțesc afecțiunile acute somatice" și „Tipuri de reacție exogenă".

359. **BONHOEFFER** — *epilepsie reactivă* — sin. BRATZ-LEUBUSCHER(S) sindrom; EPILEPSIE AFECTIVĂ; LEUBUSCHER — sin. epilepsie ⟶ BRATZ(S) sindrom.

360. **BONHOEFFER**(S) *sindrom* ● Prodrom psihic al bolilor infecțioase, manifestat printr-o serie de simptome ca: hiperestezie, hipomnezie de fixare, irascibilitate, labilitate

afectivă, anxietate, tulburări de somn. Așa cum arăta in 1910 autorul, aceste tulburări reprezintă un mod de reacție nespecific, în raport cu agentul patogen.

361. **BONINE**(M) S.U.A. — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metil-benzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

362. **BÖNISCH**(T) *test* ● Test proiectiv din clinica neuropsihiatrică infantilă, în care subiectului i se cere să termine o povestire începută de psihiatrul examinator.

363. **BONNET Charles** (1720—1783) ● Naturalist și filozof elvețian, dezvoltă o surprinzătoare teză cu privire la transformarea senzațiilor, deosebit de apropiată de conceptul cibernetic al neuro-informației. „Mișcările creierului sînt un fel de desene naturale ale ideilor care le provoacă, datorită unui fluid a cărui elasticitate și subtilitate se apropie de aceleа ale luminii și eterului. Gradul de forță și vivacitate cu care se operează această reproducere este proporțional cu intensitatea mișcărilor comunicate de obiect, cu frecvența reproducerilor și cu structura fibrelor" („Essai de psychologie", 1754). De asemenea, merită a fi menționată observația făcută in 1760, cu privire la eidoliile halucinozice ale bunicului său, reluată de MORSIER.

364. **BONNET**(S) *sindrom* ● Sindrom halucinator, caracterizat prin apariția de halucinații vizuale, cărora subiectul le recunoaște natura iluzorie (halucinoze). Sindromul a fost descris de G. de MORSIER, care a propus ca sindromul să poarte numele celebrului naturalist și filozof elvețian, Charles BONNET, care a descris, în 1760, cazul bunicului său de 89 de ani, care sufera de eidolii halucinozice și apoi propriul caz, BONNET fiind atins de aceeași boală. Pentru autor, halucinațiile nu se leagă direct de existența unor leziuni periferice, ci mai degrabă de cea a unora centrale, și apar la bătrini. Alți autori arată frecvența destul de ridicată a leziunilor periferice, în cazurile care prezintă această tulburare perceptivă.

365. **BONNET-DECHAUME-BLANC**(S) *sindrom* — sin. ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ ● Descris în 1937, constă în numeroase anomalii vasculare ale țesutului nervos (mezencefal, retină), exoftalmie și întîrziere mintală gravă. Prognostic nefavorabil.

366. **BONNET-MORSIER**(S) *sindrom* ● Complex halucinator în care predomină halucinații vizuale $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORSIER(S) sindrom.

367. **BONNET-STEIN**(T) *test* ● Probă de personalitate de tip proiectiv (bazată pe tehnica completării de fraze), elaborartă de BONNET și STEIN, larg utilizată în pedopsihiatrie. Constă în solicitarea de a completa in scris, în funcție de ceea ce sugerează, o serie de fraze începute, prezentate grafic într-o anumită succesiune. Testul pune în evidență caracteristici ale personalității subiectului examinat : tendințe și conflicte intrapsihice, preocupări dominante și aspirații, particularități comportamentale.

368. **BONNEVIE-ULRICH**(S) *sindrom* ● Descris în 1949, cauzat de o aberație cromozomială, se manifestă clinic prin malformații asemănătoare sindromului Turner, la care se asociază frecvent o debilitate mintală.

369. **BONNIER**(S) *sindrom* ● Caracterizat prin vertij paroxistic, hemiplegie contralaterală, afonie, disfagie. Semnalat în fazele terminale ale demențelor, acest sindrom este consecutiv leziunilor de nucleu ale nervilor cranieni acustico-vestibular, glosofaringian și vag.

370. **BONOMIE** (fr. *bonhomie*) ● Termen utilizat mai mult în vorbirea curentă, cu referire la un complex de însușiri (blîndețe, simplitate, amabilitate, indulgență sau îngăduință față de semeni, solicitudine, credulitate etc.) tipice omului blajin, cumsecade, cu o timie pozitivă și o atitudine comprehensivă față de ceilalți. Tendința de a crede cu ușurință orice sau de a se încrede cu ușurință, în oricine presupune o imaturitate a atitudinilor, a capacităților de apreciere și poate, în subsidiar, o dorință de a fi iubit.

371. **BONSTAN**(M) Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

Scanned with OKEN Scanner

372. **BONTID**(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină-amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

373. **BONTON**(M) Israel — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

374. **BONTRIL**(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent sin. → BONTID(M) S.U.A.

375. **BONUMIN**(M) Finlanda — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propriofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, iar cu cele anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp, poate genera farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combatrea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

376. **BORDER-LINE** (engl. *border-line* „de graniță") ● Termen care, după dicționarul limbii engleze are următoarele semnificații: ceea ce este la limită; în apropierea unui hotar; la mijloc, intermediar; diferit de medie, de obișnuit; căpătînd o valoare marginală. Provenit din literatura anglo-saxonă, cuvîntul și-a croit drum și și-a căpătat în ultimul deceniu o bogată și, în același timp, controversată notorietate în lumea psihiatrică, fiind folosit ca atribut al unor sindroame sau entități nozologice: sindrom border-line; caracter border-line de personalitate; schizofrenie border-line — boala maniaco-depresivă border-line; depresia border-line etc. Într-o accepțiune mai veche, părăsită astăzi, termenul era folosit referitor la întîrzierea mintală ușoară (QI = = 71—84). Autorii de limbă franceză (BERGERET) propun termenul de „caz limită" sau „organizări limită ale personalității", în care se încadrează personalitatățile situate între structura nevrotică și cea psihotică. Concepția lui BERGERET, de orientare psihanalitică, explică această încadrare prin oprirea dezvoltării libidinale sub efectul unui traumatism survenit în perioada anală care împiedică Eul să se confrunte cu problematica oedipiană. Consecutiv, copilul intră într-o pseudolatență precoce, care duce la o structurare libidinală și caracterială instabilă. Cazurile limită bazate pe această structurare libidinală comportă o relație de obiect de tip anaclitic. Subiecții par hiperactivi și uneori hiperadaptați, dar acesta este rezultatul unui comportament excesiv de seducție, cu scopul de a evita depresia, consecutiv unei nevoi excesive de afecțiune. Termenul este folosit pentru prima dată de HUGUES (1844), sub forma sinonimului său cel mai cunoscut „STAREA LIMITĂ", iar STERN (1938) îl introduce în nozografie, denumindu-l border-line. Prima definiție (suigeneris) a stărilor limită pare că aparține lui TH. SYDENHAM (1682), care vorbește de subiectul pentru care „totul e capriciu fără motiv". „Nu numai nevrotică și încă nu destul de psihotică, ci undeva la marginea lor" (GROVES, 1981), starea border-line este clasificată astăzi ca tulburare de personalitate (DSM III), ceea ce nu presupune identificarea cu personalitatea psihopatică. Reunind trăiri polimorfe din clasa nevrozelor cu oscilații de tipul „decompensării" psihopatice, intersectate de episoade psihotice acute depresive, confuzive sau schizoforme, personalitatea border-line — caracterizată printr-o „structură fără structură", consecutivă deficienței fundamentale a Ego-ului — constituie un concept controversat, dată fiind complexitatea sa, și greu definibil, prin caracterul amorf al tulburărilor pe care caută să le definească.

GUNDERSON, SINGER (1975) reunesc sub denumirea de border-line o mare diversitate de forme clinice de schizofrenie, ele însele cu un statut nozografic incert, precum și alte tulburări: schizofrenia „ambulatorie", „latentă", „abortivă", „pseudopsihopatică", „ocultă" sau „borderland", „pseudonevrotică", „subclinică", „preschizofrenia", „caracterul" schizofrenic și cel psihotic, sindromul, starea sau personalitatea border-line la care s-ar putea adăuga tulburările din „spectrul schizofreniei".

În accepțiunea Institutului de neurologie și psihiatrie din București (L. ALEXANDRESCU și A. NIȚURAD, 1980), noțiunea de border-line este definită ca: „maladie psihică cu evoluție cronică ondulantă, fără tendințe la deteriorare și fără remisiuni complete, spontane sau terapeutice, cu simptomatologie polimorfă mixtă, predominant nevrotiformă și cu posibile decompensări psihotice tranzitorii reactive cvasi-specifice; trăită penibil de către subiect și conducînd la dificultăți importante în adaptarea complexă la mediu". Fiind vorba de „stări de graniță", „marginale", de tablouri clinice nespecifice, imposibil de încadrat în tiparele nozologiei clasice, apar justificate diferențele, chiar atunci cînd ne referim la clasificarea internațională OMS a bolilor (ICD-9) sau la americanul DSM II (manual diagnostic și statistic al bolilor psihice, 1968). De abia varianta din 1980 a

acestui manual (DSM III) aduce precizări care caută să definească științific noțiunea de border-line sub forma tulburării schizotipale de personalitate și a tulburării border-line de personalitate. Datele epidemiologice nu pot fi luate în considerare, datorită inexistenței practice a unui punct de vedere comun privitor la circumscrierea simptomatologică, evoluția și tratamentul acestui sindrom. Criteriile de diagnostic au constituit obiectul eforturilor mai multor psihiatri sau colective de psihiatri, care au încercat să grupeze în mod semnificativ toate coordonatele ce definesc bolnavul border-line. Acestea ar fi, după MODEST (1980) citat de manualul amintit, următoarele :

- posibilitatea oricărei combinații de simptome nevrotice, psihosomatice, psihopatice, psihotice, în grade și intensități diferite ;
- necesitatea unui număr sporit de examinări ale aceluiași subiect, ca și a unui timp crescut acordat acestuia ;
- impulsivitatea (trecerea rapidă la act) este trăsătura de bază în comportamentul subiectului border-line, aceasta facilitînd relații sexuale instabile sau chiar perverse, acte autogresive, consum de droguri, alcool ;
- capacitatea redusă de realizare a relațiilor interpersonale, prin absența unui răspuns emoțional sincer, autentic (subiecții nu posedă facultatea de a integra într-o unică imagine calitățile și defectele inerente naturii umane, văzîndu-i pe semeni sau buni sau răi, datorită fenomenului de „splitting", de scindare afectivă ;
- respingerea inserției în realitate, în tot ceea ce înseamnă adaptarea la locul de muncă sau în fața unor situații de zi cu zi ;
- intercalarea unor episoade psihotice cu caracter tranzitor, în condiții de stres, fără a se organiza într-un tablou schizofren propriu-zis, cu predominența tulburărilor de conștiință ;
- absența deteriorării de-a lungul existenței bolnavului border-line ;
- prezența caracterului de regresie profundă (pacientul pare mai psihotic, mai grav bolnav, mai deteriorat, reîntors la unul din stadiile inferioare ale personalității) ;
- starea de tensiune afectivă : mînie (ostilitate, disforie) senzație de gol afectiv, anhedonie, anestezie psihică dureroasă ;
- tulburarea constituirii identității de sine ; absența unui scop în viață, trăiri de derealizare, depersonalizare ;
- răspuns normal la testele psihologice de apreciere a inteligenței (de exemplu, Waiss) și de tip „psihotic" la testele proiective (TAT, Szondi, Rorschach).

Dorind să fie și mai precis în punerea diagnosticului, DSM III, care introduce tulburarea de personalitate de tip border-line ca o entitate distinctă, precizează următoarele criterii de diagnostic :

- impulsivitate sau imprevizibilitate în cel puțin două domenii cu potențial distructiv — pierderea de vreme, cheltuiala banilor, sexualitate excesivă, jocuri de noroc, abuz de alcool, de droguri, furturi mărunte din magazine, supraalimentație, acte fizice de autovătămare ;
- un model de relații interpersonale instabile și intense: marcate modificări de atitudine, idealizare, autodepreciere, manipularea altor persoane (folosirea altora în realizarea propriilor scopuri) ;
- furie intensă și nestăpînită : frecvente „crize de furie" de „temper tantrums"), mînie constantă ;
- tulburări de identitate, manifestate prin incertitudine asupra cîtorva elemente care o definesc, cum ar fi : imaginea de sine, identitatea de sex, scopurile propuse pe termen lung — alegerea profesiei, a tipurilor de prieteni, sistemul de valori, credințe (exemplu : „cine sînt eu ?", „cînd sînt bun, simt că sînt sora mea") ;
- instabilitatea afectivă : variații importante de la dispoziția normală la depresie, iritabilitate sau anxietate, durînd obișnuit cîteva ore și numai rareori cîteva zile, cu revenire la normal ;
- intoleranță la normal ;
- intoleranță la singurătate : eforturi disperate pentru a evita singurătatea ; subiectul este depresiv atunci cînd este singur ;
- acte autoagresive : gesturi suicidare, automutilări (lovituri etc.), accidente și încăierări periodice ;
- sentimente cronice de deșertăciune și plictiseală.

Acestor elemente li se adaugă frecvent trăsături aparținînd altor tulburări de personalitate, îndeosebi de tip schizotipal, histrionic, narcisiac, antisocial.

Patogeneză și psihopatologie. Teoriile psihopatologice ale stării border-line se bazează pe modelul psihanalitic, în care originea tulburării s-ar afla într-un defect înnăscut sau în frustrații materne (anaclitice) din primul an de viață (KERNBERG), în excluderea copilului din cîmpul afectiv al cuplului parental, extrem

de rigid, sau într-o relaţie simbolică, dependentă, sado-masochistă a mamei faţă de copil (GUNDERSON, KERR, ENGLUND), în nerealizarea procesului de separaţie-individuaţie din primii trei ani de viaţă, printr-un comportament traumatizant al mamei (MASTERSON, MAHLER). Se admite implicarea diferenţiată a fiecăruia dintre aceşti factori, de la caz la caz. Consecinţa ar fi perturbarea cristalizării armonioase a Egoului, implicînd un „defect fundamental" al acestuia (BALINT), personalitatea „ca şi cum" („as if" — H. DEUTCH), „falsul-self" (WINNICOTT). Esenţa tulburării ar consta într-un defect al Egoului de a stabili o bună relaţie obiectuală şi imagine de sine, defect generator de angoasă ; subiectul mobilizează împotriva acestei angoase mecanisme arhaice infantile de apărare ; din acest punct de vedere, personalitatea border-line utilizează mijloacele unui copil de 3 ani. Mecanismul defensiv cel mai important al pacientului „limită" este clivajul („splitting"), ce constă în existenţa unui mod maniheist (propriu perioadei infantile) de a împărţi imaginile lumii inconjurătoare doar în „rău şi bun", de a simplifica astfel relaţia obiectuală şi de a o face mai puţin anxiogenă ; sensul acestui mecanism este acela de a evita contaminarea sau distrugerea „obiectului bun" de către cel „rău". Egoul rămîne şi el clivat în două sectoare, subiectul trecînd direct de la ură la iubire şi invers. Trecerea de la un pol la altul are loc prin „acting-out", ca o descărcare pulsională colorată afectiv, conform sensului tranziţiei ; nu există, în acest moment nici o critică, actul însuşi fiind un mijloc de gratificare. Experienţa de viaţă a subiectului nu are nici o influenţă corectoare, clivajul fiind de fapt o apărare activă împotriva unei angoase extreme, proprii subiectului, care-l poate determina la un moment dat să perceapă însuşirile negative ale unui obiect, ca periculoase. Clivajul determină inadaptarea subiectului la lumea exterioară, trăită în interiorul self-ului ca estompare a diferenţelor dintre categorii opuse (masculin-feminin, iubire-ură, bine-rău). În plan energetic clivajul determină insuficienţa prin necesitatea — ce absoarbe energia subiectului — de a menţine, într-o manieră artificială, separarea maniheistică a lumii şi a obiectelor ; de aici, propensiunea spre stările caracteristice de gol, vid, plictis, depresie. Clivajul priveşte nu numai obiectul, ci şi imaginea de sine (KOHUT), care este una regresivă, fără raport cu realitatea, modificată prin intermediul idealizării primitive, mecanism de apărare complementar clivajului. Acest mecanism apără Egoul de imperfecţiunea reală obiectuală sau chiar a imaginii despre sine, care ar fi anxiogenă şi destructurată. Soluţia este fie o idealizare a acestora, cu atît mai mare şi mai nerealistă cu cît ele sînt mai imperfecte, mai inconvenabile, fie chiar respingerea denigratoare a obiectului anterior idealizat, discreditat şi devalorizat în prezent. Fenomenul se întîlneşte frecvent în clinică prin modificări atitudinale bruşte ale bolnavilor, care idolatrizează fanatic şi caricatural (prin asociaţia clivaj-idealizare primitivă) persoane şi situaţii anodine sau anterior negate. În acelaşi mod este percepută şi imaginea de sine, în care există un sector clivat-idealizat, golit de orice imperfecţiune, care transgresează în relaţia perfectă, ideală cu obiectul idealizat, de unde rezultă o permanentă consolidare reciprocă, echilibrată, a idealizării Egoului şi obiectului.

Identificarea proiectivă (M. KLEIN) rezultă din necesitatea externalizării imaginii inconştiente a Egoului sau obiectului care, interiorizată, ar fi anxiogenă şi ar „ameninţa" imaginile idealizate, pe care subiectul trebuie să le menţină, în mod activ, clivate. Clivajul-idealizarea-identificarea realizează un cerc vicios în verigile relaţionale (cu obiectul sau cu Eul), în care subiectul îşi pierde treptat identitatea, alternînd între obiectul idealizat şi cel ostil. În acest din urmă caz, identificarea proiectivă îşi realizează efectul defensiv maxim, subiectul preluînd reversibil asupra sa o parte din ostilitatea investită iniţial în obiectul (persoana) ostil(ă), pentru a-şi asigura reciprocitatea, echilibrul în cadrul relaţiei oricum incomode (şi deci angoasante) cu acesta. Acest cerc vicios cu cele trei verigi defensive ale sale, constituie sursa psihozei de transfer, ce apare la aceşti subiecţi (MARCELLI). Negarea constă în îndepărtarea unei experienţe, relaţii sau obiect, incompatibile cu starea la un moment dat a subiectului. Un obiect anterior respins ca „rău", reconsiderat în prezent (prin idealizare primitivă), va fi imaginat numai din perspectiva actuală, imaginea negativă precedentă fiind total uitată, ignorată, refulată. În cursul terapiei, rememorarea imaginii iniţiale va provoca o stare de disconfort, sesizabilă de către terapeut, iar subiectul o va nega vehement, pentru a reuşi ignorarea ei, ca şi a ambivalenţei sale, greu tolerabile în prezent. Omnipotenţa şi devalorizarea sînt consecinţa idealizării şi, respectiv, a identificării. Supraevaluarea narcisică face subiectul să se considere omnipotent şi omniscient, ca şi obiectul pe care l-a idealizat primitiv şi care devine astfel securizant. Devalorizarea

Scanned with OKEN Scanner

ar fi, după KERNBERG (care descrie aceste cinci mecanisme defensive), reversul negativ al idealizării primitive. Ar putea totuși decurge din identificarea proiectivă, pentru că ea constă în minimalizarea obiectelor (persoanelor) identificate ca negative.

Deși ipoteza psihanalitică se validează, în cazul stărilor border-line, ea nu poate fi însă suficientă. Limitele modelului clinic al acestui concept teoretic sînt date de seturi de simptome și comportamente aparținînd celorlalte tipuri nozologice, viziunea teoretică ce le înglobează necesitînd, în consecință, un coeficient mare de generalitate, pe care această ipoteză îl are. Reversul negativ este discutabil, ca o tendință de a explica perfect o tulburare clinică atît de proteiformă. Tentativele de a fixa stările border-line în nozologia psihiatrică în curs țin cont, în mod vizibil de două direcții : una funcțională, care vizează caracterul, organizarea border-line a personalității pe axa nevroză-psihoză, și una fenomenologică (în sensul unei forme mai ușoare de boală : schizofrenie border-line, PMD border-line, depresie border-line). Se pare că ultimii ani au impus din ce în ce mai mult două categorii de border-line : schizofrenic și psihopat, acreditînd convingerea, exprimată de majoritatea autorilor, că este vorba de un deficit dobîndit de dezvoltare a personalității ; evidențierea tulburărilor de tip border-line la copii și adolescenți este pusă încă sub semnul incertitudinii, dar este deosebit de utilă în studiul psihodinamic.

Manifestări clinice. Lista simptomelor întîlnite în stările border-line cuprinde aproape toată semiologia psihiatrică (exceptînd simptomele deteriorative). KERNBERG, KNIGHT. GRINKER, MARCELLI descriu un cortegiu de simptome de apartenență :

- nevrotică (fobii multiple și schimbătoare, obsesii, conversiuni isterice multiple, ce pot atinge intensitatea stărilor crepusculare, cu amnezii sau fugi, simptome hipocondriace, somatizări) ;
- depresivă („depresia limită" Bergeret este lipsită de întîrziere psihomotorie, chiar cînd este intensă ; este însoțită de trăirea disforică a unei dezadaptări atît la mediu, cît și la propriile experiențe ; lipsește culpabilitatea, dar este prezentă senzația de vid interior) ;
- psihopatică (instabilitate profesională, succesiune de relații sexuale inițial idealizate, apoi brusc rupte și, mai tîrziu, regretate, accese de violență, fugi intempestive, conduite sexuale impulsive, haotice, expresie a unor treceri impulsive la act). KERNWERG le caracterizează prin contrastul afectiv ce le însoțește : inițial, subiectul le resimte chiar ca o satisfacție pulsională, apoi le regretă, le critică, dar perseverează în a le repeta în alte situații. Este o formă tipică de exteriorizare a clivajului ; pot apărea, de asemenea, dependențe la droguri, alcoolul și, foarte frecvent, conduite sexuale deviate, caracterizate însă prin absența unui „scenariu pervers" și prin conduite imprevizibile, a căror regulă este variabilitatea partenerului ;
- psihotică (episoade confuzionale, schizoforme, atacuri de anxietate, tentative suicidare, deseori efectuate cu o aparentă indiferență, cu mare risc vital, — caracterizate prin variabilitatea mare a tablourilor de la o zi la alta. În astfel de acutizări, apar tablouri superpozabile personalității schizotipale (DSM III) sau schizofreniei „limită" (ICD-8). Nici unul dintre aceste tablouri nu este patognomonic în sine pacientului border-line, numai inventarierea la același pacient a mai multor simptome și tablouri clinice ca acelea de mai sus permițînd diagnosticul.

Tratament. Se va urmări realizarea unei relații terapeutice suple, reunind prescripția medicamentoasă cu psihoterapia, asistența de zi cu spitalizarea, atunci cînd apar episoade psihotice sau riscul suicidar. Terapeutul trebuie să știe să manipuleze tensiunile pacientului și nevroza de transfer, iminența trecerii la act, să colaboreze la nevoie cu specialiștii în boli somatice, asistență socială și cu psihologul. Medicația antidepresivă rămîne puțin eficace, efectul fiind mai mult datorat trăirii fantasmatice legate de ingestia orală a medicamentului și persoanei care o prescrie, decît efectului farmacologic însuși. Sărurile de litiu, dozele reduse de neuroleptice incisive (Majeptil, Stelazin, Pimozid-Orap) pot fi utile. Unii autori recomandă ca persoana care prescrie medicația să fie diferită de psihoterapeut. Cura terapeutică depinde de natura și intensitatea simptomelor, această cură fiind dificilă datorită complexității mecanismelor defensive la personalitatea border-line.

Contratransferul trebuie atent controlat, reacțiile terapeutului, trăirile și fantasmele sale în relația cu fiecare pacient sînt indicii pentru continuarea sau stagnarea terapiei. Identificarea proiectivă intraterapeutică a su-

biectului şi contraidentificarea concordantă (RACKER) sau complementară (KERNBERG) a analistului au rolul principal. Riscul maxim în evoluţia terapeutică este dezvoltarea unei psihoze de transfer, cu tendinţă spre acting-out, sau o identificare proiectivă excesivă, ce pot fi evitate prin amenajarea unui cadru limitat riguros, pentru ca fenomenele de acting să nu devină destructurante, sau prin spitalizare, atunci cînd relaţia este ameninţată de o fuziune regresivă (KERNBERG). Prognosticul stărilor border-line este deteriorarea relaţiilor sociale şi marginalizarea socială a subiectului, ce augmentează suferinţa acestuia, realizînd în final o conturare mai clară a dizarmoniei sale.

377. BOREL-MAISONNY(T) test ● Probă de limbaj destinată copiilor de vîrstă mică (de la 1 la 5 ani), elaborată de BOREL şi MAISONNY. Pune în evidenţă nivelul de inteligenţă (prin precizarea nivelurilor de înţelegere şi utilizare a limbajului de către copii) şi eventualele tulburări de limbaj. Baby-testul include 13 imagini în culori, reprezentînd obiecte simplu de manipulat, pe care copilul trebuie să le denumească, indicînd cu degetul şi descriind şi elementele pe care acestea le conţin.

378. BORELLI Gian Alfonso (1608—1697) ● Fiziolog italian, care, în 1671, în lucrarea „De motu animalium", emite ipoteza chimică a transmiterii influxului nervos.

379. BORKIS R. Markovma (1902—1984) ● Medic, doctor în ştiinţe pedagogice (1953 — „Particularităţile dezvoltării verbale la copiii cu deranjamente ale analizatorului auditiv"), profesor şi membru corespondent al Academiei de ştiinţe pedagogice din U.R.S.S. Este cunoscută prin cele peste 100 de lucrări în domeniile surdo-pedagogiei, logopediei şi psihologiei deficienţilor fizic şi intelectual.

380. BORNSZTAJN Mavritin (1874—1952) ● Psihiatru polonez, format în clinica lui KRAEPELIN. A fost, din 1945, profesor de psihopatologie la Lodz. A avut o orientare psihanalitică şi a descris o formă hipocondriacă a schizofreniei.

381. BORNSTEIN(S) *sindrom* ● Definit printr-o criză epileptică parţială de tip rolandic, localizată la nivelul limbii, însoţită de deviaţia conjugată a capului şi ochiului şi de halucinaţii auditive. Poate fi întîlnită şi sub denumirea de triada simptomatică Bornstein.

382. BORREMENS von BOGAERT(S) *sindrom* ● Formă tardivă de idioţie amaurotică descrisă de cei doi autori în 1937. Debutul bolii se înscrie în deceniul al patrulea al vieţii, iar evoluţia acesteia este progresivă şi ireversibilă către deces, care intervine între 35—65 de ani. Este cunoscută şi sub numele de formă presenilă a idiotismului amaurotic.

383. BORTALIUM(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

384. BOSTROEM(B) *boală* ● Formă de manie confuzivă, descrisă de A. BOSTROEM, în 1926, şi caracterizată printr-un debut în care disoluţia conştiinţei şi confuzia sînt pe prim plan, pentru a fi ulterior înlocuite de un sindrom maniacal tipic. De remarcat că o serie de factori exogeni par implicaţi deseori în patogeneza acestei stări psihotice, fără însă ca faptul să capete realitate în afara endogenităţii.

385. BOT SCHIZOFREN ● Contracţia muşchiului orbicular al buzelor, întîlnită iniţial în forma catatonică a schizofreniei, ulterior şi ca urmare a impregnării neuroleptice. Conduce la uşoara proiecţie a buzelor în afară, realizînd un aspect caracteristic, asemănător cu botul de peşte.

386. BOTCARO(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin}}$. DIDE-BOTCARO(S) sindrom.

387. BOTKIN — *fenomen* ● Fenomen care realizează un „mixtum compositum" între agnozia auditivă şi hiperacuzie. Sunetele puternice, vorbirea cu voce tare, sînt insuportabile pentru subiect, care nu mai înţelege sensul cuvintelor. Denumirea a fost propusă, în 1982, de psihiatri sovietici LISITIN şi ARHANGHESKI. A fost descris în timpul unor epidemii de tifos exantematic (1868).

388. BOTTARD Marguerite (1822—1903) ● Cea mai fidelă caracterizare a sa este cea făcută de Jacques POSTEL: „Supranumită „Botto" sau „Madame Bottard", este menţionată în istoria psihiatriei ca „decanul infirmierelor laice din lumea întreagă", omagiindu-se astfel întregul personal anonim, căruia îi revine dificila sarcină de îngrijire a bolnavilor

psihici. La nici 19 ani, ea este angajată infirmieră la Salpêtrière de către TRÉLAT — tatăl, lucrînd în serviciul lui FALRET, LEGRAND du SAULLE, CHARCOT, RAYMOND; mai mult de 60 de ani a îngrijit bolnavi psihici. Cînd a împlinit 50 de ani de activitate, PEYRON — directorul asistenței publice — a organizat, ca omagiu, în amfiteatrul de la Salpêtrière, o „sărbătoare laică", arătînd importanța laicizării personalului medical. BOURNEVILLE consideră că Madame Bottard a fost cea mai importantă propagandistă a acestei laicizări. În 1898 îi este decernată Legiunea de onoare.

389. **BOTULISM** ● Toxiinfecție alimentară produsă de toxina bacilului botulinic, conținută în conserve alimentare (germeni anaerobi) fie de carne, fie de vegetale, consumate reci (toxina este distrusă la 100°C). Pătrunsă pe cale orală, toxina determină tulburări digestive minime, comparativ cu alte toxiinfecții alimentare, în schimb afectează transmiterea influxului nervos la nivelul plăcii motorii, producînd paralizii diverse, ce ating inițial nervii cranieni. Se pot constata: ptoză palpebrală, strabism, paralizie facială, tulburări secretorii și motorii laringo-faringiene, cu dificultăți de deglutiție, paralizia vălului palatin și uscăciunea intensă a zonei oro-faringiene. Manifestările psihice sînt de tip delirant-confuziv. Evoluția poate fi letală pentru aproximativ 50% din cazuri, prin paralizii progresive, respiratorii și cardiace.

390. **BOUDOURESQUE**(S) *sindrom* ● Formă particulară a polinevritei alcoolice, delimitată și descrisă de cel care i-a dat numele. Prezintă următoarele elemente definitorii: algii nocturne cu localizare plantară și la nivelul halucelui, anoxie și cianoza regiunii algice → POLINEVRITĂ ALCOOLICĂ.

391. **BOURDEL** Leone (1907—1966) ● Psiholog francez, doctor în litere și filozofie. Consacră 25 de ani de activitate încercării de a stabili corelații între tipuri de personalitate și grupa sanguină; nu reușește și are meritul de a recunoaște acest fapt. Considerăm utilă această mențiune și în sensul celor afirmate de noi la BIOTIP, TIPOLOGIE. A fost, din 1952, secretara Institutului Național de Orientare profesională din Franța.

392. **BOURDON**(T) *test* ● Conceput, în 1895, de psihologul francez care i-a dat numele, reprezintă primul test de investigare a concentrării atenției (i se cere subiectului să bareze anumite litere dintr-un text). Este semnificativ în surmenaj, depresie, deteriorări (postprocesuale, organice, cerebrale).

393. **BOURNEVILLE**(B) *boală* — sin. BOURNEVILLE-PRINGLE(B) boală; BOURNEVILLE-PRINGLE-HARTDEGEN(B) boală; EPILOIA SCHERLOCH; FACOMATOZA BOURNEVILLE-VAN DER HOEVE; SCLEROZĂ TUBEROASĂ ● Inclusă în cadrul bolilor ereditare și familiale de tip displazid neuro-ectomezodermică, a fost descrisă inițial de BOURNEVILLE, în 1880, iar tabloul clinic a fost completat de PRINGLE (stigmatele dermatologice), HARTDEGEN (noduli cerebrali), VAN DER HOEVE (facomatoza retinei), BALZER (adenoamele sebacee pe traiectul trigemenului), KOENEN (tumorile periunghiale). Elementele definitorii ale maladiei sînt reprezentate de epilepsie, oligofrenie, stigmate neurodermatologice. Prognostic nefavorabil.

394. **BOURNEVILLE** Désiré-Magloire (1840—1909) ● Specialist francez în neuropsihiatria infantilă, intern la Salpêtrière, apoi asistent al lui CHARCOT, vine, în 1879, la Bicêtre, unde organizează o secție pentru copii (oligofreni și epileptici). A fost preocupat mai ales de epilepsie, isterie, idioția mixedematoasă, anatomopatologia sistemului nervos central, el fiind cel care a descris pentru prima oară scleroza cerebrală tuberoasă, boală ce-i poartă numele. Își leagă numele și de acțiuni ca reorganizarea asistenței medicale pentru copiii bolnavi psihic incurabil, înființarea coloniilor de alienați, revizuirea legislației azilelor și încadrarea lor cu personal medical.

395. **BOVARISM** ● Termen introdus în circulație de J. de GAUTIER, cu referire directă la personajul principal, Emma Bovary din romanul lui Flaubert. Caracterizarea tipologică extraordinară realizată de autor a făcut ca numele eroinei să fie preluat, prin Génil PERRIN, ca termen de psihiatrie. El desemnează o „constelație psihologică" (ROELENS) ridicolă și, în același timp, patetică, creată din insatisfacții și compensații de ordin fictiv, romanesc, sentimental, din aspirații și ambiții deopotrivă legitime și zadarnice. Structurată nevrotic, acest tip de personalitate manifestă dezgust față de realitate adîncindu-se ca reacție de apărare, în visare și imaginar, din care își împrumută masca (MOREL). Destinul personajului literar este tragic: sinuciderea. Aceasta nu este decît un alibi existențial. Compensația imaginativă, nevoia excesivă de afecțiune, capriciu, intole-

Scanned with OKEN Scanner

ranţa la frustrare, sînt tot atîtea trăsături „bovariene", care apropie bovarismul de structura isterică. DELAY descrie, în 1954, bovarismul la unii creatori, fapt care nu poate surprinde, fiindcă însuşi G. Flaubert declarase

Emma Bovary – Anonim

odată: „Madame Bovary c'est moi". Frecvenţa bovarismului este mult mai mare în patologia nevrotică şi, în special, isterică, pentru care insatisfacţia şi imaginaţia compensatoare sînt elemente definitorii.

396. **BOXOGETTEN**(M) R.F.G. – DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-nor-pseudofedrine, indicat în astenie, preinvoluţie, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

397. **B.P.R.S.** (*Brief Psychiatric Rating Scale*) ● Scală de apreciere imaginată de OVERHALL şi GORHAM (1962), care permite, datorită numărului redus de itemi (18), să fie folosită cu uşurinţă în aprecierea simptomatologiei psihiatrice, în special în depresii. HAMILTON (1972) o consideră însă foarte deficitară faţă de scala „mamă" I.M.P.S. (75 de itemi), din care este derivată.

398. **BRAŞCU** Ştefan (1895–1965) ● Psihiatru, medic primar (1933), remarcat prin felul în care a organizat unităţile de ergoterapie exterioară ale Spitalului „Gh. Marinescu" Bălăceanca, Plevna.

399. **BRACHET** Jean-Louis (1789–1858) ● La terminarea internatului, BRACHET îl însoţeşte pe Napoleon pe insula Elba; în 1820, este la Lyon pentru ca, din 1824 pînă în 1858, să fie profesor al Şcolii de medicină din Paris. Este preocupat, în mod deosebit, de problemele de graniţă din domeniul neurologiei (principala sa lucrare: „Funcţionarea sistemului nervos ganglional şi implicaţiile în patologie") şi al psihiatriei, fiind interesat de studiul isteriei şi al hipocondriei, maladii ce fac obiectul unui amplu tratat, în 1844. Opiniile sale vor juca un rol important în contextul psihiatric al secolului al XX-lea. Potrivit concepţiei sale, hipocondria ar apare ca urmare a tulburărilor sistemului nervos central şi vegetativ, în timp ce isteria ar fi o afecţiune convulsivantă periferică (avînd la origine tulburări în funcţionalitatea nervului pneumogastric (plex solar şi, de aici, uter), de unde şi propunerile privind tratamentul isteriei, care sînt de fapt, o interpretare pe măsura posibilităţilor de înţelegere ale epocii sale.

400. **BRACHIALGIE PARESTEZICĂ NOCTURNĂ** (cf. gr. *bracheos* „scurt" ; *algos* „durere") ● Sindrom întîlnit mai frecvent la femei în perioada menopauzei, prezent în clinica psihiatrică, dar nu totdeauna corect diagnosticat şi adesea neglijat, deşi este inventariat cu largheţe la capitolul cenestopatii. Elementele definitorii sînt: mici defecte de percepţie, dureri de amplitudine variabilă cu caracter sîcîitor, prezente nocturn şi la trezire, dar cu dispariţie relativ facilă la mişcare. Apariţia sindromului s-ar explica prin tracţiunea pasivă generată de hiperlaxitatea articulară din timpul somnului, la care ar concura şi osteocondrozele coloanei, tulburări de circulaţie periferică, artrite, polinevrite periferice şi unele tulburări de ordin metabolic.

401. **BRACHIBAZIE** (cf. gr. *bracheos* ; *basis* „acţiunea de a merge") ● Tulburare a automatismului mersului, fiind unul dintre elementele sindromului pseudobulbar. Se exprimă clinic prin mers ezitant, cu paşi mici, şi dificultăţi atît în ridicarea piciorului, cît şi în plasarea sa în faţa celuilalt.

402. **BRADI-** (cf. gr. *bradys* „încet, lent") ● Element de compunere, exprimînd semnificaţia de rar, lent.

403. **BRADIARTRIE** (cf. *bradi-* ; gr. *arthron* „a pronunța desluşit") ● Tulburare de limbaj, constînd în încetinirea articulării cuvintelor realizînd o vorbire lentă şi monotonă. În psihiatrie se întîlneşte în impregnarea neuroleptică avînd un caracter pasager, caracterizînd de obicei leziunile extrapiramidale.

404. **BRADIBAZIE** (cf. *bradi-* ; gr. *basis* „acțiunea de a merge") ● Tulburare locomotorie, constînd în mersul încetinit, expresie, de cele mai multe ori, a unei cauze organice : miastenie, polinevrită ; în psihiatrie poate fi întîlnită în isterie, nu ridică probleme deosebite pentru diagnosticul diferențial.

405. **BRADIESTEZIE** (cf. *bradi-* ; gr. *aisthesis* „percepere") ● Tulburare a percepției senzoriale, caracterizată printr-o încetinire a procesului de integrare a stimulilor. Apare în stări confuzionale, melancolie, diferite intoxicații, farmacodependență, psihoze senile.

406. **BRADIFAZIE** (cf. *bradi-* ; gr. *phasis* „cuvînt, afirmație") ● Formă extremă a bradilaliei. Se întîlneşte în melancolie, stări reactive, demențe, oligofrenii etc. → BRADILALIE.

407. **BRADIFEMIE** (cf. *bradi-* ; gr. *pheme* „revelație, mesaj") ● Tulburare de tip formal a expresiei verbale, afectînd ritmul vorbirii şi constînd din încetinirea acesteia, ca manifestare a lentorii, inhibiției, defectualității psihice — a bradipsihiei. Se observă în stări demențiale, debilitate mintală, epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, stări depresive, intoxicație cronică cu barbiturice.

408. **BRADIFRENIE** (cf. *bradi-* ; gr. *phren* „minte, spirit") ● Încetinirea ritmului de desfăşurare a întregii activități psihice interesate în elaborarea şi realizarea unei conduite, determinînd o lentoare motorie. Apare în stări postcritice, postconfuzionale ; acompaniază scăderea performanțelor psihice în depresii, intoxicații cronice, procese postmeningo-encefalitice.

409. **BRADIGLOSIE** (cf. *bradi-* ; gr. *glossa* „limbă") ● Dificultate de vorbire constînd, în special, în încetinirea ritmului ei, consecutivă unei tulburări de motilitate a limbii. Întîlnită în demențe, stadii finale, prin afectarea nucleilor bulbari (IX, X, XII).

410. **BRADIKINEZIE** (cf. *bradi-* ; gr. *kinesis* „mişcare") — sin. HIPOKINEZIE ● Încetinire a ritmului şi lentoare a mişcărilor, dar fără sărăcire a activității motorii, care se desfăşoară complet, dar lent (prin aceasta se deosebeşte de inhibiția motorie, care este o sărăcire, o pierdere a activității). Alături de BRADILALIE şi HIPOMIMIE, se întîlneşte în encefalitele de etiologie infecțioasă sau traumatică, în sindromul extrapiramidal organic sau postneuroleptic şi caracterizează activitatea motorie a epilepticilor.

411. **BRADIKININĂ** → PEPTIDE CEREBRALE.

412. **BRADILALIE** (cf. *bradi-* ; gr. *lalein* „a vorbi") — sin. BRADIARTRIE, BRADIFAZIE ● Tulburare de ritm a vorbirii, caracterizată prin lentoarea pronunțării, articulării cuvintelor, expresie a unei lentori ideative. Se întîlneşte în oligofrenii, stări demențiale, schizofrenie, stări depresive, stări de epuizare, parkinsonism, epilepsie, cît şi în evoluția unor afecțiuni somatice.

413. **BRADILEXIE** (cf. *bradi-* ; gr. *lexis* „cuvînt, expresie") ● Încetinire a ritmului cititului, avînd cauze multiple : organică, emoțională sau lipsa de instrucție corespunzătoare (care poate fi marcată de vîrstă sau poziție). În psihopatologie, se întîlneşte în depresii, intelecte de limită, oligofrenii, involuție.

414. **BRADILOGIE** (cf. *bradi-* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Inițial, termenul a cuprins totalitatea tulburărilor de ritm ale comunicării, de etiologii diferite (mai corect, fără a se lua în considerare etiologia), ulterior apărînd termeni diferiți, care exprimă mai bine atît calitatea tulburărilor, cît şi legătura etiologică. Devenit astfel inutil, termenul este utilizat din ce în ce mai rar.

415. **BRADIPRAGIE** (cf. *bradi-* ; gr. *prassein* „a executa, a îndeplini") — sin. BRADIPRAXIE ● Perturbare a activității în ansamblul ei. Termenul nu mai este utilizat, fiind înlocuit de sinonimul său.

416. **BRADIPSIHIE** (cf. *bradi-* ; gr. *psyche* „spirit") ● Lentoarea, încetinirea ritmului de desfăşurare a tuturor proceselor psihice : la nivel ideativ, apare ca lentoare a ideației, scădere a fluxului ideativ, scădere a posibilităților de asociere, de reprezentare, scădere a numărului ideilor, asociate cu scăderea forței de reprezentare şi imaginație ; la nivelul proceselor mnestice, evocările devin dificile, confuze ; pe plan afectiv, se înregistrează o diminuare importantă atît a tonusului, cît şi a capacității de rezonanță şi modulare ;

Scanned with OKEN Scanner

pe planul activităţii motorii, apare bradikinezia. Încetinirea, lentoarea proceselor ideative se traduc printr-o exprimare verbală cu ritm lent — bradilalie — cu dificultate de formulare a răspunsului şi comprehensibilitate scăzută a întrebărilor. Forma cea mai caracteristică se găseşte în tabloul clinic al afecţiunilor extrapiramidale (nucleii cenuşii centrali, zona frontală a corpului Calos, sindroame parkinsoniene de diferite etiologii, intoxicaţii cu oxid de carbon — forme descrise de AJURIAGUERRA şi ROUAULT de la VIGNE). Bradipsihia poate marca debutul stărilor confuzionale, persistînd în cursul evoluţiei acestora şi accentuîndu-se paralel cu creşterea pragurilor senzoriale şi cu scăderea stării de vigilitate a conştiinţei. Apare în tabloul clinic al sindromului psiho-organic cronic, în stări defectuale posttraumatice, hipotiroidie, hipocorticism. În depresia psihotică, bradipsihia constă în „paralizia psihică", incapacitate de comutare, modelare, scăderea rezonanţei la evenimentele exterioare, rezultate ale cufundării subiectului în propria-i durere morală, care invadează întregul său psihism. În schizofrenie, bradipsihia poate apărea în formele hebefrenice, în stări defectuale. În oligofrenii şi stări demenţiale, bradipsihia este rezultatul sărăcirii psihismului.

417. **BRAESCU** Alexandru (1860—1917) ● Absolvent al facultăţii de medicină din Iaşi, se formează ca neurolog şi psihiatru la Paris, alături de CHARCOT, BRISSAUD, DÉJÉRINE, PIERRE MARIE, POTAINE, DUTIL, D'ARSONVAL. Interesat de organizarea spitalelor de psihiatrie, el studiază modul de funcţionare a acestui tip de spitale în Anglia, Scoţia, Franţa, Elveţia, Belgia, Austria. Reintors în ţară, în 1895, este numit profesor de patologie a bolilor mintale la facultatea de medicină din Iaşi. Doi ani mai tîrziu, folosindu-se de experienţa acumulată în timpul călătoriilor de studii, întreprinde acţiuni decisive pentru construirea spitalului Socola, inaugurat la 12 octombrie 1905, al cărui director va rămîne pînă la moarte (renunţînd chiar la activitatea didactică, pentru a se putea consacra în întregime conducerii acestui spital). În 1913 începe să manifeste primele semne ale unei stări depresive, la care se asociază idei de otrăvire, tendinţa la izolare. Participă voluntar ca medic în primul război mondial şi moare la Iaşi, la 27 februarie 1917, în condiţii neelucidate. Dintre ipotezele referitoare la sfîrşitul său amintim tifosul exantematic şi moartea violentă (omucidere, sinucidere ?). Varianta sinuciderii ar fi justificată de simptomatologia psihică pe care o prezentase în ultimii ani ai vieţii.

Meritele sale sînt deosebit de elogios apreciate în scrisoarea profesorului C. I. PARHON, directorul spitalului după moartea lui BRAESCU, adresată Epitropiei spitalelor Sf. Spiridon din Iaşi, prin care solicită ridicarea unui bust în faţa spitalului Socola „care este în cea mai mare parte opera doctorului BRAESCU — condiţie în care acest ultim omagiu adus memoriei sale e perfect justificat". În final, a rezultat un mic bust de bronz, care s-a aflat în cabinetul directorial pînă în timpul războiului, cînd a dispărut şi, odată cu el, ultima imagine fizică a unui pionier remarcabil al psihiatriei româneşti, aşa cum îl numea P. BRÂNZEI.

418. **BRAHI-** (cf. gr. *brachys* „scurt") ● Element de compunere care exprimă semnificaţia de scurtime.

419. **BRAHIAL** (cf. lat. *brachialis*) ● Care aparţine braţului, se referă la braţ. (ex.: artera b, mişcarea b).

420. **BRAHICEFALIE** (cf. *brahi-*; gr. *kephale* „cap") ● Conformaţie craniană datorată sinostozei precoce a suturii coronare; ca efect, craniul se dezvoltă mai ales în diametrul lateral, rămînînd turtit în diametrul anteroposterior, ceea ce creează senzaţia de scurtare.

421. **BRAHIMORF** (cf. *brahi-*; gr. *morphe* „formă") ● Denumire conferită de BARON, tipului brevilin din tipologia lui PENDE → BREVILIN.

422. **BRAHISCHELETIC** — tip (cf. *brahi-*; gr. *skeletos*; vezi şi *skelos* „picior") ● Denumeşte, în tipologia bazată pe criteriile strict morfologice, tipul constituţional caracterizat prin diminuarea semnificativă a lungimii membrelor inferioare.

423. **BRAID** James (1795—1860) ● Introduce, în 1843, termenul de hipnotism, în lucrarea „Neurohypnology of the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism". Interesul său pentru psihiatrie este generat de o demonstraţie de mesmerism, făcută de Charles la Fontaine, în 1841, demonstraţie care nu-l convinge; din dorinţa de a-şi risipi îndoielile, încearcă să efectueze el însuşi asemenea experienţe şi demonstrează absenţa fluxului magnetic, realizînd somnul cu ajutorul unui obiect strălucitor (oarecare) şi apoi prin apăsarea boltii craniene în zone pe care le consideră proiecţii

Scanned with OKEN Scanner

ale unor funcții psihice. Adept al teoriilor lui GALL, el numește metoda „frenohipnotică". Aduce unele elemente originale în cazul somnului provocat. Cele afirmate nu trezesc interes decît peste 40 de ani, în 1883, cînd

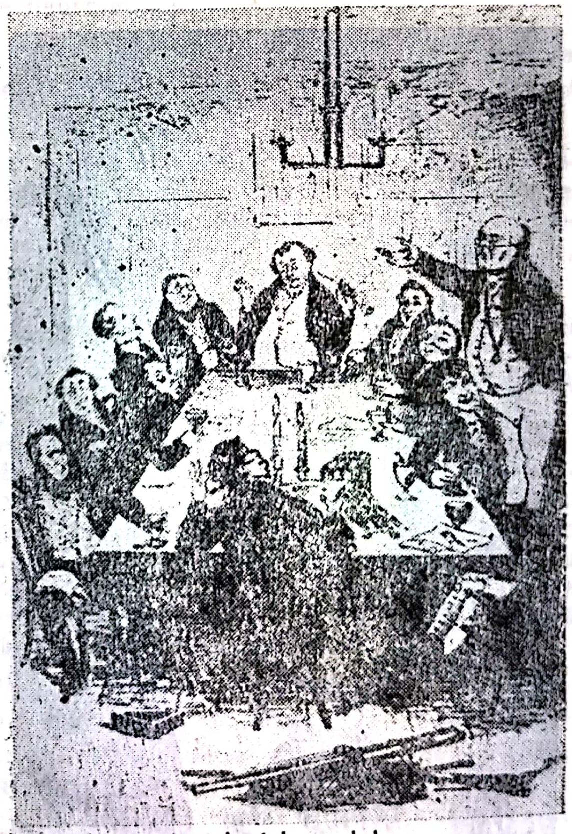
James Braid

BROWN-SEQUARD traduce lucrarea sa în limba franceză; trebuie menționată însă și referirea lui P. BROCA la această lucrare, în 1858.

424. BRAIDISM ● Termen echivalent cu hipnotismul; nu mai are astăzi aceeași utilizare ca în secolul trecut. Deși pare ciudat, termenul nu a fost folosit pentru a desemna un fenomen prin numele descoperitorului, ci pentru a desemna anumite experiențe și tehnici pentru care J. BRAID propusese termenul neacceptat de hipnotism. Interesant este că BRAID a determinat totuși acceptarea termenului de hipnotism (care-i aparține) ; a trebuit însă ca, în prealabil, BRAIDISMUL să fie denigrat; departe de a fi o problemă personală a autorului, el s-a dovedit ulterior o „metodă atît de personală", încît nu a fost abandonată nici după un secol.

425. BRAILLE Louis (1809—1852) ● Pedagog francez, orb de la vîrsta de 3 ani, creator al alfabetului pentru nevăzători, care-i poartă numele (alfabetul Braille), adoptat în lumea întreagă. Absolvent al Institutului național pentru orbi din Paris, BRAILLE a funcționat mulți ani ca profesor al acestui institut, elaborînd o metodă de scriere și citire (1829) bazată pe combinația a 1—6 puncte (trei verticale și trei orizontale) reprezentate în relief, care permite orbilor, prin pipăit, să descifreze textul. Un sistem similar a fost elaborat tot de BRAILLE pentru notația muzicală. Prima carte tipărită în sistemul BRAILLE a fost „Istoria Franței". Putem să-l punem pe BRAILLE alături de celelalte personalități marcante care, prin efortul și opera lor, au adus servicii omenirii în drumul ei spre cunoaștere.

426. BRAIN(B) *boală* ● Apraxie constructivă, care se referă la actul îmbrăcării, descrisă de W. BRAIN în 1941. Apare în leziunile posterioare ale emisferului drept.



Pickwick – club

427. BRAIN STORMING (anglicism, însemnînd „furtună în creier", „asalt de idei") ● Termenul a fost introdus de psihologul american A. F. OSBORNE, în 1953. Este cea mai utilizată tehnică de stimulare a creativității colective, folosită mai ales în domeniul deciziilor și al conducerii întreprinderilor (pentru

ameliorarea sau modificarea structurilor organizatorice ale unităților economice). Are la bază principiul „cantitatea generează calitatea," în sensul avantajului adunării a cît mai numeroase soluții pentru rezolvarea unei probleme, din care urmează să se aleagă cea mai bună, în comparație cu tehnica eliminării succesive (care, de obicei, elimină mult mai puțin). Schematic, principalele etape sînt: faza liberă (green light) în care conducătorul prezintă grupului de 3—12 persoane (instruit și antrenat în prealabil) problema ce trebuie rezolvată și enunță grupului cele patru principii de bază ale tehnicii:

- se urmărește o mare cantitate de idei (rezolvări) și nu calitatea lor;
- nu se admite nici o critică, oricît de fantezistă ar fi soluția propusă;
- se pot face asociații în baza ideilor enunțate de alții (se caută un număr cit mai mare de asociații);

Petre Brânzei

- imaginația este piatra unghiulară a acțiunii (se evită soluții cunoscute), sînt antrenați permanent membrii grupului în sensul producerii de idei noi → PROCEDEELE CREATIVITĂȚII.

Se înregistrează (pe stenograme sau bandă de magnetofon) toate ideile/soluțiile enunțate de către grup; în faza de sortare și evaluare (green light stage) un număr restrîns de specialiști inventariază toate ideile și le clasifică în funcție de utilitatea lor.

Scopul este producerea unui număr cît mai mare de idei (soluții): 50—100, în vederea rezolvării problemei într-un timp scurt: 1/2—1 oră (depășirea timpului nu este motivată). Grupul acționează ca un stimulent pentru imaginația fiecăruia și datorită faptului că etapele sînt net diferențiate — etapa genezei ideilor, de etapa evaluării lor — se obține un plus de timp pentru creativitate.

428. **BRAINAL**(MC) Spania ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune complementară:

- PIRITINOL(M) — psihostimulent prin reglare metabolică, derivat al vitaminei B_6;
- DEANOL(M) — psihostimulent, derivat DMAE acetamidobenzoat.

Acțiune psihostimulentă și reglatoare a metabolismului neuronal.

429. **BRAININE**(M) Argentina — DCI *Deanol vaporate* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanolic (DMAE) de tip deanoldipropilacetat, precursor al colinei și acetilcolinei, indicat în astenie, corectarea unor efecte secundare ale NL și anticonvulsivantelor.

430. **BRÂNZEI Petre** (1916—1985) ● Eminent om de știință, dascăl și medic, nume de prestigiu în dezvoltarea psihiatriei în țara noastră.

Studiază medicina la Iași, fiind atras de psihiatrie încă din anii studenției. Este intern al spitalului Socola, pe care nu-l va părăsi niciodată, parcurgînd toate treptele ierarhiei. Reușește să îmbine în mod fericit activitatea de dascăl (șef al catedrei de psihiatrie) cu cea de organizator de sănătate (director al Spitalului Socola). Aria preocupărilor sale este deosebit de cuprinzătoare: morfo- și fiziopatologia bolilor psihice, cercetări clinice și de terapie, studii epidemiologice, ergoterapie, psihologie medicală, igienă mintală, organizarea asistenței psihiatrice. Studiile și cercetările sale sînt cuprinse în peste 220 de lucrări. Este adeptul conceptului de interrelații biopsihosociale dinamice și unitare în definirea personalității.

Sub conducerea sa spitalul Socola devine baza pilot EURO/OMS. Își leagă numele de dezvoltarea modernă a întregii rețele de psi-

Scanned with OKEN Scanner

hiatrie a Moldovei ; este adeptul extinderii formelor de asistență medicală extraspitalicească, fiind inițiatorul atît al Laboratorului de sănătate mintală cît și al Staționarului de zi din Iași.

Distins dascăl, medic și Om, lasă o puternică amprentă prin întreaga sa activitate pusă în primul rînd în slujba omului suferind.

431. **BRASSEL**(M) Italia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirosulfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

432. **BRATZ**(S) *sindrom* — sin. BRATZ-LEUBUSCHER(S) sindrom ; EPILEPSIE AFECTIVĂ ; LEUBUSCHER — epilepsie ● Crize epileptiforme, fără corespondent EEG, cu determinare net psihogenă, acompaniate de un evident cortegiu neuro-vegetativ. BONHOEFFER, de altfel, o numea EPILEPSIE REACTIVĂ. Studiile ulterioare au evidențiat absența sindroamelor deteriorative în timp, la subiecții ce au prezentat crize, chiar repetate, de „epilepsie afectivă". Toate aceste argumente ne obligă să privim cu rezervă încadrarea manifestărilor semnalate în rîndul epilepsiilor ; de altfel, termenul este foarte rar utilizat, prezentînd mai mult un interes istoric.

433. **BRĂUTIGAM**(S) *sindrom* ● Termen sub care sînt cuprinse modificările comportamentale ale toxicomanilor, intervenite în urma regresiei personalității, ca urmare a deteriorării nucleului acesteia. Afectarea dimensiunii sociale — iresponsabilitate, absența conștiinței profesionale și a sentimentului — este dublată de reacții violente, nesiguranță, lipsă de tact, inadecvare emoțională.

434. **BRAVADĂ** (fr. *bravade* ; vezi și it. *bravare* „a se lăuda") ● Atitudine constînd în impresionarea deliberată a celor din jur, cu scopul impunerii „admirației propriei persoane". Considerată normală la copil și adolescent, evidențiază ulterior imaturitate emoțional-afectivă în planul relațiilor interpersonale.

435. **BRAVAIS-JACKSON**(B) *boală* sin. → JACKSONIANĂ EPILEPSIE

436. **BREAK-DOWN** (americanism, cu sens de prăbușire depresivă) ● Formă de depresie ce survine brusc la subiecții epuizați.

437. **BREM-GRÄSER**(T) *test* ● Imaginat de cei doi autori, în 1951, testul proiectiv al familiei de animale și-a găsit un loc destul de important în clinica de psihiatrie infantilă, atît în explorări individuale, cît și de grup. Se folosește pentru evidențierea situației copilului în familie. Vîrsta subiecților nu trebuie să depășească 6 ani. Interpretarea este standardizată cu ajutorul unui catalog special al proprietăților animalelor.

438. **BRENDALIT**(M) Argentina — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propriofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare, inferioară amfetaminelor și cu efecte anorexigene, apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO ; în timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

439. **BRENGELMANN**(T) *test* ● Test de memorie creat de PINILOSS, BRENGELMANN; utilizat puțin în prezent.

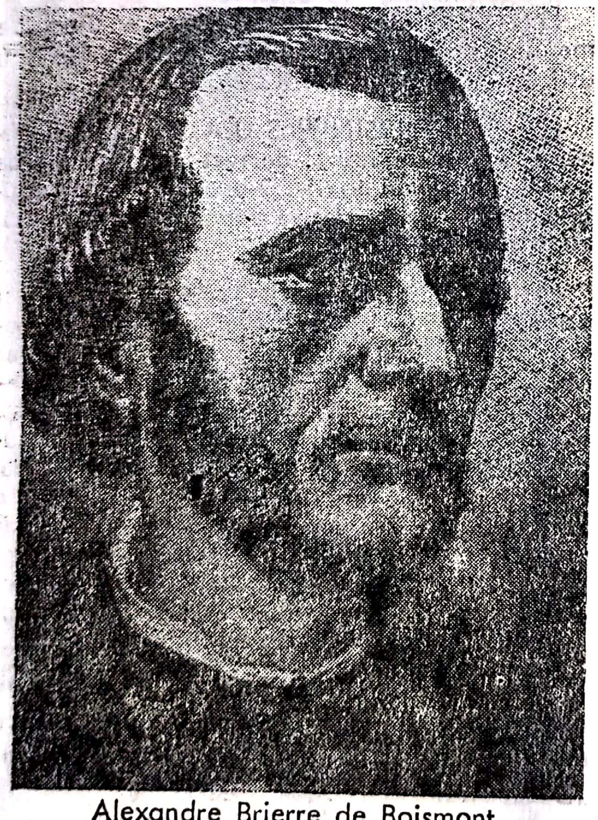
440. **BREONESIN**(M) S.U.A. — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

441. **BREUER Josef** (1842—1925) ● Medic și psiholog austriac. A lucrat o perioadă cu fiziologul E. HERING, studiind centrul nervos al respirației ; în 1868, amîndoi descoperă reflexul ce le poartă numele, Hering-Breuer. Părăsește cariera universitară, în 1880 ; îl cunoaște pe FREUD, fiind, alături de el, unul dintre pionierii psihanalizei, metodă pe care o adoptă, după propria-i mărturisire în urma tratării cazului Anei O. (celebru în epoca respectivă), la care simptomatologia isterică s-a remis după ce, sub hipnoză, pacienta a evocat circumstanțele apariției bolii. În 1893 apare, în „Neurologisches Zentralblatt", o comunicare în acest sens, semnată împreună cu FREUD, iar în 1895, ultima lor lucrare comună „Despre isterie". După această dată relațiile dintre ei se alterează profund, urmînd o ruptură definitivă, fapt ce oferă posibilitatea unora să afirme : „*începutul psihanalizei a fost făcut*".

442. **BREUER** — *metodă* ● Procedeu psihoterapic de descărcare emoțională, cu efect catarctic, introdus de BREUER pentru rememorarea și verbalizarea unor evenimente trauma-

tizante, uitate în cursul hipnozei. Tratamentul catarctic, în raport cu sugestia hipnotică, prezintă limite şi dezavantaje, în sensul că descărcările emoţionale sînt brutale, iar efectul lor este de scurtă durată, dacă nu defavorabil, după FREUD. BREUER practică hipnoza timp de peste patru decenii în tratarea isteriei, experienţă care-i va servi în stabilirea rolului refulării în geneza isteriei şi a importanţei transferului afectiv în vindecarea ei. Pentru aceste motive el este considerat drept precursor al psihanalizei.

443. **BREVILIN** (cf. lat. *brevis* „scurt" ; *linea* „linie") — sin. BRAHIMORF ; BRAHITIP ● Tip constituţional, descris de PENDE, în tipologia sa morfo-fizio-psihologică (derivată din tipologia morfologică a lui VIOLA), prin opoziţie cu tipul longilin. Este specific persoanelor scunde, robuste, cu membre scurte, la care predomină parasimpaticul. PENDE distinge două tipuri de brevilini : stenici şi astenici,



Alexandre Brierre de Boismont

fiecare cu cîte două varietăţi (stenic hipersuprarenalian şi stenic hipergenital ; astenic hipotiroidian şi astenic hipotiroido-hipopituitar). Sub raport psihoendocrin, brevilinii psihoendocrini stenici se caracterizează printr-un tonus bun al suprarenalelor şi gonadelor, prin bună dispoziţie, expansivitate şi extroversie, în timp ce brevilinii astenici prezintă un tonus scăzut al tiroidei, fiind mai de grabă bradipsihici, depresivi şi introverţi. Tipul brevilin ar corespunde picnicului ciclotim din tipologia kretschmeriană.

444. **BRICOMANIE** (cf. gr. *brykein* „a scrîşni din dinţi" ; *mania* „nebunie") ● Automatism masticator $\xrightarrow{\text{sin}}$ BRUXISM.

445. **BRIERRE de BOISMONT Alexandre-Jacques-François** (1797—1881) ● Medic francez cu foarte variate preocupări în domenii diverse ale medicinei. După terminarea facultăţii, în timp ce conduce Casa de sănătate mintală Neuve Sainte Geneviève, lucrează cu PARISET, la Salpêtrière, şi apoi cu DUPUYTREN, la Hôtel-Dieu ; în 1831, în Polonia, pune în evidenţă caracterul contagios al holerei (făcea parte din misiunea franceză), pentru ca, în 1840, să-i urmeze lui ESQUIROL la Charenton. A publicat un număr imens de lucrări în toate domeniile medicale, unele semnate împreună cu DUPUYTREN, din domeniul chirurgiei. În domeniul psihiatriei, este autorul unor lucrări de mare amploare, adevărate tratate ca : „Des hallucinations" apărută în 1845 şi 1852 şi „Du suicide et de la folie suicide", în 1856 şi 1865. A făcut parte din Consiliul general al medicilor din Franţa şi a fost vicepreşedintele şi apoi preşedintele Societăţii franceze de Psihiatrie.

446. **BRIGEN-G**(M) S.U.A. — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

447. **BRIGHT** — *psihoze/boală* ● Termen vechi, propus pentru descrierea tulburărilor psihotice legate de unele cazuri de insuficienţă renală.

448. **BRIGHAM Amariah** (1798—1849) ● Psihiatru american, cu pregătire de specialitate realizată în Europa (Franţa, Anglia). A fost director al Azilului de alienaţi din New-York, unde va introduce preceptele tratamentului moral, pe care-l cunoscuse în Europa. Publică o serie de lucrări, dintre care menţionăm : „Observaţii asupra influenţei religiei asupra sănătăţii mintale" (1835) — un viu protest împotriva fanatismului religios—, „Studiul maladiilor şi funcţiilor nervoase" (1840) şi, în fine, „Observaţii asupra influenţei culturii asupra sănătăţii", cea mai importantă lucrare a sa, apărută în trei ediţii în S.U.A. şi în Europa, adevărat ghid

de sănătate mintală. În 1884, editează „American Journal of Insanity" care continuă să apară și azi sub numele „American Journal of Psychiatry".

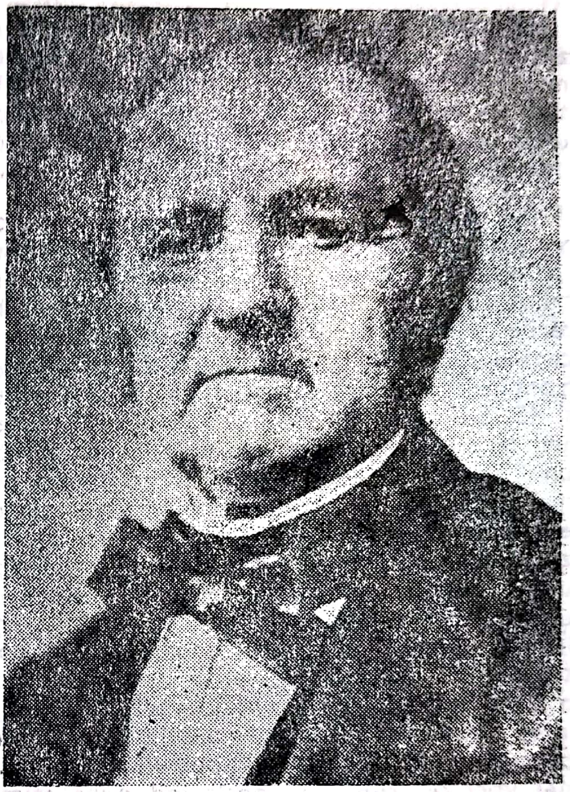
449. **BRILL** Abraham-Arden (1874—1948) ● Elev al lui MEYER, la Manhattan State Hospital, pleacă in 1907, pentru perfecţionare, în Europa, unde vine în contact cu BLEULER, JUNG, FREUD ; reintors in S.U.A., traduce lucrarea lui JUNG „Psychologie de la démence précoce" și, „infestat" de lucrările lui FREUD, devine primul psihanalist american sau, așa cum îi plăcea să se autointituleze, „reprezentantul oficial al profesorului FREUD". În 1911 creează societatea americană de psihanaliză, iar în 1913 — primul periodic psihanalitic de limbă engleză „Psychanalytical Review". În 1909, începe traducerea lucrărilor lui FREUD, sub o formă simplificată și schematizată, fără arabescurile caracteristice, ceea ce-i atrage reproșuri din partea lui JONES și celebra apostrofă a lui FREUD „prefer un bun prieten unui bun traducător".

450. **BRIQUET Paul** (1796—1881) ● Un bun medic internist, cu numeroase lucrări în acest domeniu. Devine şeful unei secţii de medicină internă la Charité, unde, datorită numeroaselor manifestări isterice întîlnite la subiecţii somatici (lucru valabil și azi, dar cîteodată uitat), începe să se preocupe de psihiatrie și îndeosebi de studiul isteriei, pe care o consideră : „o nevroză a acelei părţi a encefalului destinată a recepţiona impresiile afective și senzaţiile — boală cu un anumit dinamism, care poate perturba funcţionalitatea organismului în întregime". Publică, în 1859, „Traité clinique et therapeutique de l'hystérie", lucrare considerată un moment de referinţă în cercetarea isteriei. Potrivit opiniei sale, isteria nu este expresia frustrărilor sexuale, ci presupune o anumită predispoziţie și susceptibilitate, pe care se va grefa trauma psihică. Este primul care afirmă „egalitatea sexelor în faţa isteriei", considerînd că și bărbaţii pot avea această boală, nu numai femeile, așa cum se credea pînă la el, părere pe care CHARCOT și-o va însuși 15 ani mai tîrziu. Americanii au apreciat mult studiile sale, denumind isteria BOALA BRIQUET.

451. **BRIQUET**(S) *sindrom* ● Termen puţin utilizat în prezent, desemnînd una dintre formele de manifestare clinică ale isteriei, descrisă de autor, constînd în tulburări respiratorii (ritm și amplitudine), afonie, modificări vegetative, consecutive unei pseudoparalizii diafragmatice.

452. **BRISSAUD**• *semn* ● Obţinerea contacţiei mușchiului tensor al fasciei late, prin excitarea mecanică (ac) a marginii externe a plantei ; se pozitivează în sindromul piramidal.

453. **BRISSAUD**(S) *sindrom* ● I Prezent în afecţiunile ce antrenează atingerea bulbară,



Paul Briquet

avînd etiologie vasculară, sindromul se manifestă prin crize de anxietate paroxistică nocturnă, tremurături ale corpului, transpiraţii reci, paloarea tegumentelor, tulburări respiratorii și circulatorii cu aspect funcţional. Este întîlnit, mai ales, în patologia psihiatrică de involuţie. Diagnosticul, în fazele iniţiale, este dificil, datorită aspectului funcţional și anxietăţii de o mare intensitate care domină tabloul clinic.

454. **BRISSAUD-MARIE**• *simptom* ● Tic unilateral al mușchilor limbii și buzelor, atribut iniţial patologiei isterice, dar regăsit ulterior în boala Gilles de la Tourette și chiar în afecţiuni organice.

455. **BRISTAMIN**(M) Anglia, **BRISTAMINE**(M) Japonia — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip N,N-dimetil-2(α-fenil-0-toliloxi)etilamină, cu acţiune marcat antihistaminică, pe lîngă cea tranchilizantă.

456. **BRITAZEPAM(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

457. **BROCA** — *afazie* ● Tip de afazie senzitivă sau motorie, care presupune pierderea mai mult sau mai puțin completă a posibilității de exprimare orală sau în scris, datorită unor leziuni corticale, fără afectarea organelor intricate în fonație → AFAZIE.

458. **BROCA** — *centru* ● Centru motor al vorbirii articulate și al scrisului, situat în lobul prefrontal stîng, în vecinătatea centrilor superiori, implicați, în general, în mișcările voluntare. BROCA localizează acest centru la piciorul circumvoluției cerebrale frontale ascendente stîngi, ariile Brodmann 44 și 45. S-a constatat însă că stimularea acestor arii la omul conștient nu determină apariția unui limbaj oral propriu-zis, ci realizează numai „fragmente" de comportament motor elementar. Stimularea porțiunii inferioare a zonei motorii a feței poate determina apariția unui „țipăt" asemănător celui care precedă uneori crizele epileptice, acest „țipăt" fiind însă o „vocalizare" și nu limbaj. Ablația cortexului în vecinătatea ariei 44 antrenează o afazie motorie de gravitate variabilă. Stimularea acestei arii la omul conștient determină perturbări de limbaj, cu imposibilitatea expresiei vorbite, subiectul declarînd după stimulare „știam ce vreau să spun, dar nu puteam spune".

459. **BROCA Paul** (1824—1880) ● Chirurg și anatomist, cunoscut pe plan mondial ca autor al teoriei — pe care reușește să o demonstreze — asupra inegalității funcționale a celor două emisfere cerebrale în ceea ce privește funcția vorbirii. Mai puțin cunoscută este o altă preocupare a sa, care-i asigură, de asemenea, prioritatea : în 1858, luînd contact cu lucrările lui BRAID în domeniul hipnozei, propune folosirea ei drept procedeu de anestezie chirurgicală ; în anul următor, chirurgul JULES CLOQUET o și realizează în practică (ablație chirurgicală de sin, într-o tumoare canceroasă).

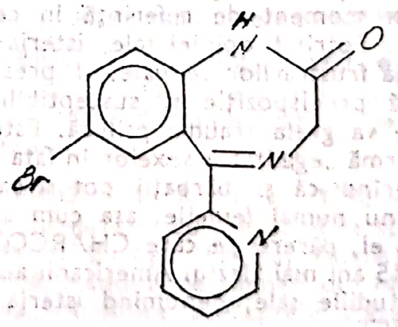
460. **BROCADISIPAL(M)** Danemarca, **BROCASIPAL(M)** Suedia—DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenzil-oxi) etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepresive (intensitate mică) ; folosit, în special, în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

461. **BRODMANN Korbinian** (1868—1918) ● Anatomist, histolog și psihiatru german. În anul 1909, publică la Leipzig lucrarea „Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde" (Studii comparative asupra localizărilor în scoarța cerebrală). De numele său este legată numerotarea regiunilor cortexului cerebral (ariile Brodmann), diferențiate pe baza unor criterii histologice, folosită în localizările funcțiilor corticale.

462. **BRODSCHI** — *mixtură* ● Una dintre rețetele care au făcut vogă în anii '50, ca tratament al epilepsiei. Conținutul acestei mixturi : clorură de calciu, fenobarbital, tetraborat de sodiu, metil-cofeină, sugerează ideea polipatogeniei, căreia o astfel de terapie i se adresa. Terapiile anticomițiale actuale au închis în rafturile istoriei și acest panaceu.

463. **BRODY(T)** *test* ● Test de tip calitativ pentru investigarea gîndirii conceptuale (a operativității gîndirii și a mobilității cognitive), din seria testelor de clasare Gelb-Goldstein-Scheerer, constînd din ordonarea unor materiale figurative după un anumit criteriu (formă, culoare, utilizare etc.).

464. **BROMAZEPAM(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu



valențe antidepresive. Necesită precauții în administrarea la vîrstnici și la conducători auto. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici, cu acțiune tranchilizantă :

● Dintre cei mai bine cunoscuţi :

LEXOTAN(M)	Belgia, Danemarca, Italia, Japonia, Mexic, Portugalia
LEXOTANIL(M)	Argentina, Austria, Elveţia, Grecia, Olanda, R.F.G.

● Se mai intîlnesc sub numele :

COMPENDIUM(M)	Italia
CREOSEDIN(M)	Argentina
DEPTRAN(M)	Brazilia
LECTOPAM(M)	S.U.A.
LEKOTAM(M)	Iugoslavia
LENITIN(M)	Israel
LEXATIN(M)	Spania
LEXAURIN(M)	Iugoslavia
LEXILIUM(M)	Iugoslavia
LEXOMIL(M)	Franţa
LEXOTAN PLUS(M)	Italia
PASCALIUM(M)	Grecia

465. **BROMERGON**(M) Iugoslavia→BROMOCRIPTINE(DCI).

466. **BROMIDROSIFOBIE**(F) (cf. gr. *bromos* „miros urît" ; *hidros* „transpiraţie" ; *phobos* „frică") ● Spaima morbidă de mirosurile neplăcute emanate de propriul corp. Se intîlneşte în dezvoltări patologice reactive ale personalităţii (delirul senzitiv de relaţie, dezvoltările hipocondriace), în nevroza obsesivo-fobică, psihoze de involuţie.

467. **BROMISM** — *intoxicaţie cu brom* ● Se realizează prin creşterea progresivă a acumulării bromurilor în ţesuturi, pînă la atingerea unei concentraţii toxice. Se poate manifesta prin următoarele forme :

- intoxicaţia bromică simplă : îngustarea progresivă a cîmpului conştiinţei, scăderea memoriei, instabilitate, slăbiciune, tremurături, în special ale mîinilor, feţei şi limbii ; anizocorie, cu reactivitate diminuată a pupilelor, ataxie, incoordonare, dermatită acneiformă, respiraţie fetidă şi limbă saburală ;
- delirium (reprezintă 2/3 din intoxicaţiile cu bromuri) : dezorientare, nelinişte psihomotorie, anxietate, tulburări ale dispoziţiei, idei delirante şi halucinaţii, insomnii ;
- halucinoză : în tabloul clinic predomină reacţiile anxioase la fenomenul halucinozic, starea aceasta avînd o durată mult mai lungă (săptămîni) faţă de cea cu etiologie alcoolică (zile) ;
- psihoză schizoformă tranzitorie : de obicei, de tip paranoid ;
- pseudoepilepsia.

468. **BROMOCRIPTINE**(DCI) ● Psihotrop de tip 2-bromo-α-ergocriptină, cu acţiune asemănătoare cu a timolepticelor, ceea ce a dus la încercarea, fără rezultate certe, de a fi utilizat în locul acestora. Indicat în parkinsonism idiopatic, postencefalitic sau indus, stimulator al prolactinei, ceea ce-i conferă, cel puţin teoretic, atuuri în combaterea efectelor secundare neuroleptice de tip amenoree, galactoree. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

BROMERGON(M)	Iugoslavia
PRAVIDEL(M)	R.F.G., Suedia
PARLODEL(M)	Anglia, Austria, Elveţia, Franţa, Italia, Olanda, S.U.A.

469. **BROMOVAL**(M) România — DCI *Bromisovalum* ● Produs terapeutic cu acţiune sedativ-centrală, uşor hipnotică şi anticonvulsivantă ; indicat în hiperexcitabilitate, insomnie, intoxicaţii cu cafea, nicotină, spasmofilie şi în unele forme minore de epilepsie. Produse similare :

ALBROMEN(M)	Ungaria
ALUVAL(M)	R.D.G.
BROMURAL(M)	R.F.G.
ISOVAL(M)	Anglia

470. **BROMPERIDOL**(DCI) ● Derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanţe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai reduse. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

AGOSTINE(M)	Belgia
AZUREN(E)(M)	Belgia
CONSILIUM(M)	Belgia
IMPROMEN(M)	Olanda

→ BUTIROFENONE.

471. **BROMURI** ● În a doua jumătate a secolului trecut, CHARLES LECOCK are ideea de a trata cu săruri de brom două boli care aveau ponderea principală în patologia vremii : epilepsia şi onania (aceasta nefiind consacrată ca boală în sine, odată cu trecerea timpului). Mai mult decît pentru efectele lor terapeutice, bromurile, în special cele de potasiu , erau cunoscute, încă de la începutul secolului al XIX-lea, pentru toxicitatea lor neurotropă. Anticipînd fenomenul psihofarmacologic de „cămaşă de forţă chimică", descris de DELAY pentru medicamentele psihotrope moderne, bromurile reuşeau, se

pare, să fie „o botniţă a epilepticilor". BEHREND (1864) le conferă rolul de agent hipnotic, dar numai prin prescrierea unor doze foarte mari. Avalanşa şi succesul medicamentelor psihotrope moderne a compromis, deşi nu chiar definitiv, utilizarea bromurilor în psihiatrie (ce ne-am face fără banala şi totuşi benefica fiolă de bromură de calciu, în tratamentul unor aşa-numite sindroame funcţionale ?). Ele nu-şi dezmint defel eficacitatea în stările nevrotice de lungă durată şi cu o importantă componentă neurovegetativă (dovadă fiind fabricarea unor tradiţionale produse, gen bromoval de către firme de prestigiu). Metoda iniţială a curei de somn le asociază barbituricelor şi cloralhidratului, dar în doze mici (1930), în vederea inducerii unui somn cît mai natural.

● Structura chimică — bromuri (săruri de potasiu, sodiu, calciu, amoniu, stronţiu).

● Acţiune — sedativă, prin facilitarea proceselor de inhibiţie corticală şi anticonvulsivantă ; dezavantaje : efectul terapeutic se instalează lent şi există riscul acumulării toxice.

● Indicaţii :
- sindroame nevrotice ;
- sindroame pseudonevrotice din afecţiunile organice ;
- tulburări de tip excitabil ale personalităţilor dizarmonice (se preferă bromura de calciu, litiu, sodiu)

● Forme de prezentare : substanţa ca atare (bromura de potasiu, de sodiu etc.), singură sau în combinaţie cu barbiturice, alte substanţe sedative de natură vegetală (Nervocalm, Pasinal), celebra mixtură Krasnuşkin.

472. **BRONTOFOBIE**[F] (cf. gr. *bronte* „tunet" ; *phobia*) ● Teamă nejustificată (sau insuficient justificată) de fenomenele electrice ale furtunii, după unii autori, de tunete ; rar întîlnită, nu are semnificaţie patologică în cazul prezenţei solitare → FOBIE.

473. **BROSERPINE**[M] S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat; cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

474. **BROSITIMIE** (cf. gr. *brosis* „hrană, acţiunea de a mînca" *thymos* „dorinţă") ● Model patologic propus recent de ANTONELLI pentru explicarea bolilor psihosomatice. Autorul „caută" în stilul de viaţă al pacientului, care „îşi înghite anxietatea", ca apoi să o somatizeze, fundamentarea explicării sale. Spre deosebire de alte modele ale medicinii psihosomatice, care-şi propun să expliciteze cum se îmbolnăveşte subiectul sau care este tipologia acestuia, brositimia se orientează preponderent asupra a ceea ce se poate face cu un astfel de subiect : schimbări modeste substanţiale, în stilul de viaţă. După autor, modelul se potriveşte aproape tuturor afecţiunilor psihosomatice, dar mai ales patologiei gastrointestinale (în special colonului iritabil) şi patologiei cardio-vasculare (cu o notă aparte pentru nevroza cardiacă şi hipertensiunea arterială).

475. **BROTOPON**[M] Japonia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominent de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

476. **BROUSSAIS** François-Joseph-Victor (1772—1838) ● Medic internist, care a încercat să explice bolile psihice după un unic model de boală — cel al gastroenteritei. În lucrarea sa „Iritaţie şi nebunie", publicată în 1828, încearcă să acrediteze drept cauză a bolilor mintale iritaţia (inflamaţia) care, la rîndul ei, ar fi produsă de cauze morale (externe) şi de simpatie (interne), întrucît „creierul nu poate suferi niciodată singur". Fără a avea succesul dorit, modelul propus a rămas în istoria psihiatriei drept o încercare de a crea un fundament anatomo-patologic bolilor mintale, reprezentînd o etapă ce a condus către impasul organicist.

477. **BRUCKE** Ernst-Wilhelm (1819—1892) ● Medic fiziolog, conduce catedra de fiziologie de la Königsberg şi apoi pe cea de la Viena, unde vine în contact cu FREUD, de care se apropie în mod ciudat, deşi era adeptul curentului fiziologic antivitalist, mecanicist şi organicist, caracterizat prin tendinţa de a reduce complexitatea existenţială la mecanisme fiziologice. În Institutul de fiziologie de la Viena, îi cunoaşte şi pe BREUER şi HERING. Poate că nu atît teoria psihicului fiziologic l-a făcut cunoscut, cît celebrul triplu insucces terapeutic, înregistrat împreună cu FREUD şi BREUER, în încercarea de a rezolva o toxicomanie pe care au reuşit să o transforme în dependenţă la un alt drog ; FREUD va face numeroase referiri la acest eveniment.

478. **BRUDZINSKI*** semn ● Sînt descrise în fond, trei semne Brudzinski, în cadrul sindromului meningeal (au fost descrise în meningita cerebrospinală) ;

- semnul proximal Brudzinski : prin flectarea capului în decubit dorsal, apar dureri la nivelul cefei și se produce flexia extremităților inferioare în articulația genunchilor și, mai rar, flexia concomitentă a extremităților superioare în articulația cotului ;
- semnul pubian Brudzinski : compresiunea pe simfiza pubiană produce contracția mușchilor extremităților inferioare și, mai rar, flexia concomitentă a extremităților superioare în articulația cotului ;
- semnul bucal (jugal) Brudzinski : compresiunea puternică a regiunilor molare produce flexia extremităților superioare și, mai rar, a celor inferioare.

479. **BRUNS**[1] *semn* ● Unul dintre semnele majore în diagnosticul de tumoare și cisticercoză cerebrală, pînă la apariția metodelor moderne de investigație ; astăzi nu mai prezintă decît interes istoric. Constă în vertij, pierderea echilibrului, cădere acompaniată de un cortegiu vegetativ manifest (urmare a excitației parasimpaticului), simptome cu apariție bruscă, după mișcarea rapidă a capului.

480. **BRUNS**(S) *sindrom* ● Descris de autor în 1892, este, în fond, sindromul de ataxie frontală postlegională a lobului. Elementele neurologice definitorii : mers nesigur, instabilitate, tendința de cădere, apraxie motorie, însoțită de tulburări psihice de tip maniacal. În 1953, BARRÉ a propus definirea acestui sindrom drept PSEUDOATAXIE FRONTALĂ.

481. **BRUNS-JASTROWITZ**(S) *sindrom* — sin. DEBILITATE MINTALĂ EUFORICĂ ● Definește tulburările psihice din sindromul de ataxie frontală (BRUNS, 1892) sau sindromul pseudoataxiei frontale (BARRÉ, 1953), constînd în excitație, euforie, puerilism, tendință spre calambururi, scădere a simțului critic, optimist, elemente aflate net în contrast cu starea de gravitate a bolii. Inițial, a fost considerat ca simptom al leziunilor frontale ; astăzi valoarea sa este relativă, putînd fi întîlnit în leziuni ale acestor regiuni encefalice.

482. **BRUTALITATE** (*fr.* *brutalité*) ● Conduită dură, exprimată manifest (ideo-verbal sau comportamental-motor), reflectînd fie o descărcare bruscă și tranzitorie (stare de moment), fără semnificație patologică deosebită, a unei stări emoționale puternice, într-o situație frustrantă, coercitivă sau care pune în pericol integritatea personală (în ultimul caz avînd sensul de reacție de apărare), fie o tulburare de comportament cu caracter asocial, cînd devine o manifestare stabilă și patognomonică a modului de relaționare sau de reactivitate individuală. Constă în slăbirea sau abolirea controlului critic, conștient și voluntar al propriilor acte, gesturi, expresii verbale sau atitudini, în raport cu stimulații minore din partea mediului, fiind întîlnită la personalități dizarmonice, de tip instabil, impulsiv, epileptoid și altele, precum și în demențe, oligofrenii severe, toxicomanii → AGRESIVITATE, IMPULSIVITATE.

483. **BRUTEANU** Mircea (1882—1957) ● Absolvent, în 1908, al Facultății de medicină din București, cu teza „Începutul melancoliform al stărilor paranoice". Lucrează la Spitalul Mărcuța, alături de Alexandru OBREGIA și, ulterior, ca șef de secție la Spitalul Central, pe care l-a și condus în două rînduri. A fost preocupat îndeosebi de problemele organizării sanitare și a asistenței bolnavilor mintali.

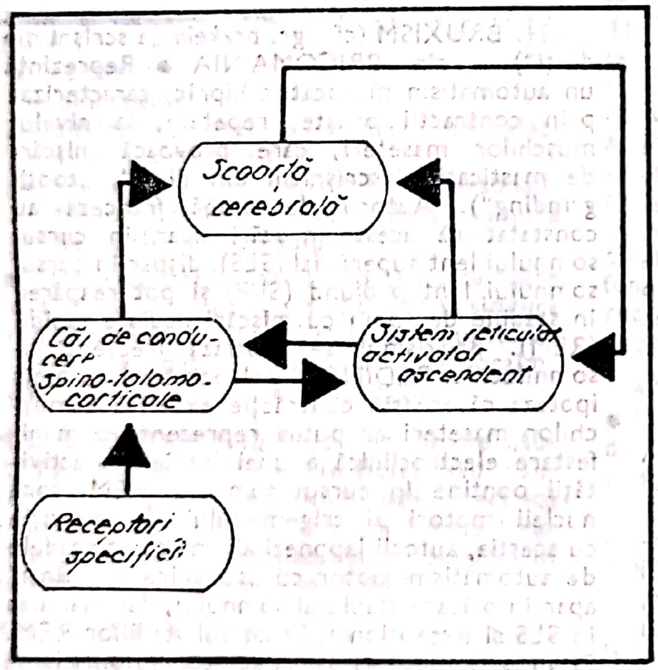
484. **BRUXISM** (cf. gr. *brykein* „a scrîșni din dinți") — sin. BRICOMANIA ● Reprezintă un automatism masticator hipnic, caracterizat prin contracții bruște, repetate, la nivelul mușchilor maseteri, care provoacă mișcări de masticație („scrîșnitul din dinți", „tooth grinding"). Autorii de limbă franceză au constatat că aceste mișcări apar în cursul somnului lent superficial (SLS), dispar în cursul somnului lent profund (SLP) și pot reapărea în stadiile de somn cu mișcări oculare rapide (REM). Bruxismul se asociază frecvent cu somnilochia. REDING și colaboratorii au emis ipoteza că această contracție excesivă a mușchilor maseteri ar putea reprezenta o manifestare electroclinică a unei iradieri a activității pontine în cursul somnului REM, spre nucleii motori ai trigemenului. În opoziție cu aceștia, autorii japonezi afirmă că episoadele de automatism motor cu „scrîșnire din dinți" apar în oricare stadiu al somnului, dar mai ales în SLS și excepțional, în cursul stadiilor REM. Ei au obținut declanșarea acestor automatisme prin excitanți externi care superficializează somnul, producînd tranziții de la somn la veghe, în cursul cărora se manifestă aceste automatisme masticatorii. Autorii japonezi incriminează în producerea acestora și zonele corticale și limbice. Această supoziție este susținută de obținerea „scrîșnitului din dinți" după administrarea dopaminei sau a precursorilor acesteia la șoareci și la om. Apariția sa atît la copii cît și la adult este legată de factori tensionali psihici și de structura anxioasă a subiectului, de aceea și tratamentul este

Scanned with OKEN Scanner

eficace în măsura în care se ține cont de particularitățile psihologice ale cazului. Tratamentul stomatologic care se adresează factorului ocluzal nu are valoare în terapia bruxismului pe care chiar îl poate agrava

Bruxomania întîlnită la oligofreni și la schizofrenii regresați se manifestă prin producerea scrișnirii dinților în stare de veghe.

485. **BRZEZICKI**[s] *simptom* — sin. PARAGNOMENUL BRZEZICKI ● Schimbare bruscă a comportamentului, neașteptată și cu caracter patologic, apărută la un individ care pînă în acel moment părea a avea o stare normală de sănătate mintală. Simptomul, cu o importanță fundamentală în psihiatria judiciară trebuie să prezinte întotdeauna un caracter nonreactiv și să nu fie caracteristic atitudinilor anterioare ale subiecților. Se apropie de noțiunea de „delict inițial — STRANSKI" sau de „debut medico-legal".



Relațiile sistemului reticulat activator ascendent cu sistemele ascendente senzitivo-senzoriale specifice și cu scoarța cerebrală

Crimele nemotivate se încadrează în acest simptom. Nu se poate vorbi de acest semn atunci cînd există anterior delirium constituite sau tulburări afective majore.

486. **BRZEZICKI**(s) *sindrom* ● Parkinsonism cu caracter akineto-hipertonic, care se instalează în urma unui atac apoplectic; a fost descris de cel care i-a dat numele, în 1927.

487. **BUCLĂ DE CONTRAREACȚIE NERVOASĂ** ● Contrareacție negativă reticulo-cortico-reticulată, prin care scoarța cerebrală este susceptibilă, în anumite condiții, de a activa formațiunea reticulată, deși, în general, acțiunea cortexului la acest nivel este inhibitorie. Se apreciază că neuronii reticulari au o activitate proprie insuficientă în menținerea funcțiilor fiziologice și, mai ales, în menținerea stării de veghe. Substanța reticulată se comportă ca un acumulator de energie, ale cărui surse sînt informațiile senzitivo-senzoriale, vegetative și motorii, precum și factori biochimici. Astfel, hipercapnia determină o reacție de trezire, hipocapnia determină somnolență, hipoxie — de exemplu, de altitudine — alături de noradrenalină, determină o marcată reacție de trezire, care însă este suprimată prin distrugerea formațiunii reticulate mezencefalice. Barbituricele determină o deprimare a activității sistemului reticulat amfetaminele o stimulează. Durerea acționează în două etape:

● prin intermediul stimulilor nociceptiv la nivel de nerv;

● prin stimularea secreției de noradrenalină, care prelungește efectele stimulării nervoase.

Influențele de origine corticală acționează la nivelul funcționalității sistemului reticulat, deci se poate spune că scoarța cerebrală are capacitatea de a participa la „propria-i reacție de trezire", prin intermediul substanței reticulate. În afară de cortex, și alte structuri nervoase pot avea o influență similară (corpii striați — acțiune inhibitorie —, variațiile tensiunii arteriale, care acționează prin intermediul baroreceptorilor vasculari).

Starea de „alarmă", care antrenează descărcări de catecolamine în circulație, stimulează și ea reacția de trezire, dar, în același timp, determină o creștere a tensiunii arteriale, care are ca efect tendința de dezactivare reticulară. Această contrareacție poate fi identificată cu reacția de protecție a organismului împotriva efectelor unei „hipervigilențe", dar ea nu poate acționa decît în anumite limite care, odată depășite, reduc și capacitatea de apărare. Cercetări recente asupra somnului au accentuat existența sistemelor de dezac-

Scanned with OKEN Scanner

tivare reticulară, care au un rol important în inițierea acestui proces.

483. BUCK(T) test — sin. TESTUL CASA-ARBORE-OM ● Test proiectiv, imaginat de autor în 1948, constînd în interpretarea (în manieră psihanalitică) a desenului standardizat al subiectului (arbore, casă, om), ca și a comentariului pe care subiectul îl face pe marginea acestor desene. Autorul consideră că, în cea de a doua fază — perioada verbală —, desenele stimulează asociația verbală a examinatului, deschizînd astfel o cale pentru analiza trăsăturilor profunde ale personalității.

489. BUCUBOLOL(M) Japonia, BUCUMALOL(M) Japonia — DCI *Bucumalol* ● Betablocant de tip 8-β-(tert-butilamino)-2-hidroxipropoxi/-5-metilcumarină, indicat în anxietate, alcoolism, sevraje de origini diverse, combaterea tremorului parkinsonian, senil și a celui produs de toxicitatea litiului, afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative → BETABLOCANTE.

490. BUCURIE (cf. alb. *bukur*) ● Stare psihică, limitată în timp, caracterizată printr-o încărcătură afectivă intens pozitivă, apărută ca urmare a realizării unei dorințe, a atingerii unui scop, sau ca rezultat al unei surprize agreabile. Această încărcătură afectivă se traduce, în plan comportamental, printr-o creștere a nevoii de comunicare cu cei din jur (nevoia de a-i „contamina" și pe alții de propria mulțumire, exuberanță, mimică și gestică bogate, rîs și chiar paradoxal, plîns — „de bucurie"). Obținerea unei satisfacții, atingerea unui scop material sau spiritual creează o stare de mulțumire interioară, o emoție, care domină pentru moment psihismul, conducînd spre optimism, încredere în viitor, în sine, în cei din jur și creînd premizele apariției unor noi scopuri, motivații, planuri de viitor.

Surse de bucurie nu sînt numai realizările artistice deosebite sau extazul religios, ci și evenimentele cotidiene. Pentru copilul mic, neștiutor și lipsit de simț critic, sursele de bucurie sînt mult mai numeroase decît pentru adult. Ca emoție elaborată, bucuria este condiționată de formația culturală, socială, istorică a individului. Astfel, dacă astăzi moartea unei ființe dragi este trăită dureros, același lucru la vechii daci era prilej de bucurie. Prelungirea patologică a bucuriei se încadrează în euforie.

491. BUCY-KLÜVER(S) *sindrom* ● Realizat experimental la maimuță, după lobectomie temporală bilaterală. Clinic, se constată dispariția agresivității și a reacției la teamă, hiperfagie, cecitate psihică, comportament caracteristic, cu dezinhibiție sexuală și folosirea exagerată a nasului și gurii pentru obiecte alimentare sau de altă natură. Se observă în procesele atrofice (boala Pick și Alzheimer), ramolismentele ischemice bilaterale etc.

492. BUCY — *schemă* ● Schemă propusă de neurochirurgul BUCY pentru a explica apariția tremurăturilor intenționale și de repaus. Locul genezei acestora pare a fi reprezentat de zonele corticale precentrale, calea de transmitere — fibre din fascicolul piramidal, locul destinației — coarnele anterioare medulare. În mod normal, există circuite de control (cortico-nigro-palido-talamo-corticale). În cazul alterării acestor circuite sau scăpării lor de sub control, apar aceste tremurături.

493. BUFEU DELIRANT (fr. *bouffée* „suflu pasager, acces") ● Tablou psihotic polimorf, cu apariție bruscă și polimorfism simptomatic, în care se intrică tulburări perceptive, intuiții și idei delirante, nesistematizate și mobile, antrenînd un comportament modificat și o importantă schimbare a modului de relaționare al subiectului cu lumea exterioară. Debutul este brusc și brutal, durata, de obicei, limitată la cel mult cîteva săptămîni. Prognosticul imediat este bun, dar grevat de posibilitatea unor recăderi (în care delirul rămîne polimorf — LEGRAIN). Apariția unor stări confuzionale este un semn de agravare. Paternitatea conceptului de bufeu delirant aparține psihiatriei franceze care, sub influența școlii lui MAGNAN și a elevului său LEGRAIN, îl dezvoltă prin lucrările lui HALBERSTADT, SAVRY, SERIEUX, TRAGOWKA, DUBLINEAU etc., reluate într-o manieră exhaustivă de către H. EY. Bufeele delirante ar acoperi, după concepția organodinamică, simptomatologia caracterizată prin alterarea structurilor temporo-spațiale ale relației Eu-Lume, într-un mod diferit de modul în care această destructurare se produce în stările maniaco-depresive sau în cele confuzionale, reprezentînd „un nivel intermediar". O serie de termeni sînt considerați drept analogi cu cel de bufeu delirant, printre aceștia se pot enumera: psihoza delirantă acută, psihoza halucinatorie acută, stare oneiroidă (MAYER GROSS), experiență delirantă primară (JASPERS), schizofrenia acută, reacție schizofrenică, episod psihotic acut etc. Rolul terenului în apariția bufeului delirant a fost nu numai presupus, ci chiar postulat, încă de la introducere, conceptul fiind legat de acela mai larg, de degenerescență. Majoritatea autorilor sînt de acord asupra unei fra-

Scanned with OKEN Scanner

gilități psihologice deosebite a acestor subiecți. Dintre factorii de teren incriminați menționăm biotipurile astenolongilin și displastic, ereditatea psihiatrică încărcată, antecedente psihotice individuale notabile, personalitate premorbidă de tip dizarmonic (senzitiv, isteric, anxios etc.), biografie socio-profesională în dezacord cu datele și posibilitățile reale ale subiectului. Agenții etiologici declanșatori sînt slab precizați : factori reacționali accidentali, factori psihogeni, traumatisme cranio-cerebreale, factori toxiinfecțioși, autointoxicații. Această enumerare arată că posibilitatea producerii unui bufeu delirant este o modalitate de reacție nespecifică. Tabloul clinic al perioadei de stare, care urmează debutului brutal, este caracterizat de ideile delirante polimorfe cu caracter proteiform (LEGRAIN), nesistematizare, evoluînd fie în registrul macromanic (tematică mistică, mesianică, erotică, de invenție), fie în cel micromanic (influență, posesiune, persecuție). Această tematică delirantă are o posibilitate extremă, modificîndu-și configurația ca dunele de nisip sub influența vîntului. Unii autori psihanaliști susțin proiecția în stare brută a unor fantome ale inconștientului, tematica ideilor fiind impregnată de conflicte preoedipiene și oedipiene. Depersonalizarea psihotică este resimțită ca o transformare a corpului în morfologie și, mai ales, în funcționalitate (SUTTER). Automatismul mintal este constant prezent ; pierderea intimității psihice și halucinațiile psihice contribuie la accentuarea derealizării. De asemenea, halucinațiile psihosenzoriale pot face parte din „blocul" halucinator care însoțește această stare. Pe plan afectiv, se poate nota o unitate între dispoziția subiectului și tematica delirantă, oscilînd între exaltare euforică și depresie. Dar, ca și în cazul tematicii delirante, se observă o fluctuație rapidă între cei doi poli ai timiei. Pe plan comportamental, se pot nota adesea acte medico-legale și, rar, tentative de sinucidere sau omucidere. Nu există un tablou umoral specific, iar dintre simptomele somatice pot fi amintite, de asemenea fără notă particulară, anorexie, insomnii, tulburări de tranzit digestiv, amenoree. Formele clinice se înscriu fie în contextul etiologic, fie în jurul unuia dintre simptomele care predomină (fabulații, halucinații, interpretativitate). Unii autori propun o împărțire în forme delirante afective și cu sistematizare tranzitorie (LA BOUCARIE, R. VALENCE).

După etiologie, LEMPERRIÈRE și FELINE împart bufeele delirante în :

- primare, fără relație comprehensibilă cu un agent cauzal precis, care ar putea să apară la personalități dizarmonice isterice, schizoide, pasiv dependente și la debili mintal ;
- psihogene sau reacționale care, după părerea unor autori, țin și de „aptitudinea de a delira" ;
- factori de agresiune encefalică (traumatici, infecțioși, vasculari, metabolici, endocrini, medicamentoși).

Dintre mijloacele terapeutice care trebuie mobilizate în fața acestei urgențe psihiatrice, menționăm :

- spitalizarea cu supraveghere continuă ;
- cura neuroleptică, în care este de preferat asocierea sedativelor cu incisivele ;
- tranchilizantele și hipnoticele au doar un rol complementar ;
- seismoterapia poate fi folosită cu bune rezultate, dacă episodul delirant se prelungește ;
- tratamentul etiologic antiinfecțios, de dezintoxicare sau de tonifiere, va fi aplicat ori de cîte ori există o specificitate a etiologiei ;
- îngrijiri generale obișnuite : supravegherea pulsului, tensiune arterială, supravegherea alimentației și a hidratării normale, vitaminoterapie, susținere psihoterapeutică.

494. **BUFEU — EEG** ● Eveniment EEG constînd dintr-o succesiune de unde, ce diferă net de activitatea de fond a traseului, prin morfologie, amplitudine și prezență. Are un debut și un final brusc și este de scurtă durată ; poate fi unic sau repetat, prezent într-o derivație sau în toate → EEG.

495. **BUFEURI** (fr. *bouffée*) ● Modificări vasomotorii, traduse prin roșeața feței, a pielii gîtului și a părții superioare a toracelui, însoțite de senzație de căldură, de sufocări și transpirații abundente. Apar în preclimacteriu sau climacteriul fiziologic sau chirurgical. Se însoțesc de perturbări emoționale, de intensitate variabilă. Tratamentul indicat utilizează estrogeni, de obicei pe cale orală (Stilbestrol).

496. **BUGARD-SOUVORES-COSTE-VALA-DE-SALLE**[8] *sindrom* ● Descris de autori, în 1953, este definit prin : astenie, excitabilitate crescută, hipotonie, cefalee și surditate progresivă lentă. Se întîlnește la personalul navigant din aviație, consecutiv zgomotelor și vibrațiilor.

497. **BUHLER Karl** (1879—1952) ● Psiholog american de origine austriacă. Studiază la München, Dresda, Viena, fiind un reprezen-

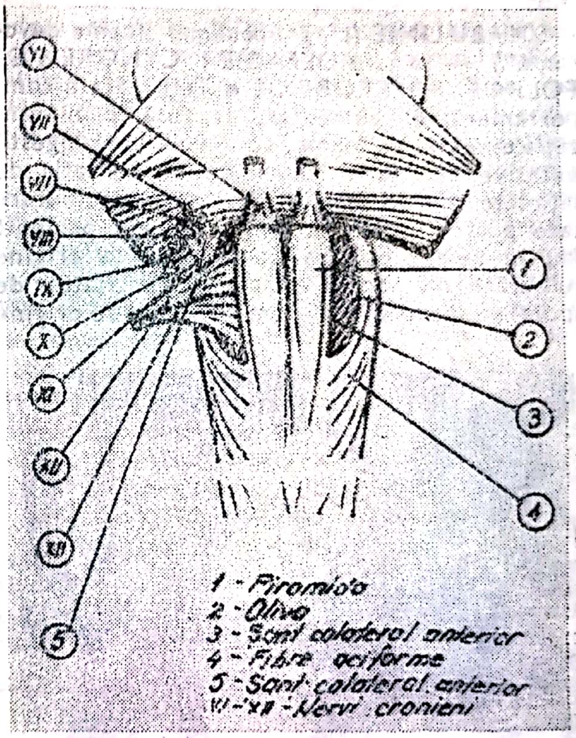
tant de frunte al şcolii psihologice de la Würzburg. S-a preocupat, iniţial, de studiul experimental al gîndirii şi limbajului, dezvoltînd teoria celor trei funcţii ale semnelor verbale, iar ulterior s-a ocupat şi de domeniul psihologiei copilului, publicînd mai multe lucrări, dintre care semnalăm : „Dezvoltarea spirituală a copilului" (1924), „Descrierea dezvoltării spirituale a copilului" (1930) sau „Teoria vorbirii" (1934). După 1938 s-a stabilit în S.U.A.

498. BUL — *probă* ● Probă imaginată de autor (1955), pentru a determina sugestibilitatea sau absenţa acesteia în cazul unui subiect. Subiectului i se dă să ţină o piesă metalică, suspendată cu ajutorul unui fir de aţă. Apoi, examinatorul „atrage" piesa cu ajutorul unui „magnet" (acesta este confecţionat din lemn şi colorat). La subiecţii sugestionabili, piesa metalică va urmări „atracţia" magnetică. Această probă îşi găseşte utilitatea atunci cînd se pune problema unor terapii hipnotice.

499. BULĂ ISTERICĂ (cf. lat. *bulla* „băşică de aer, bulă") — sin. GLOBUS HISTERICUS ● Senzaţie neplăcută de corp străin sau contracţie laringo-faringiană (nod în gît) resimţită penibil de subiect. Prezentă, de obicei, în nevroza isterică, este insuficientă pentru a defini afecţiunea, putînd fi resimţită şi în hipocalcemie, labilitate psihică, imaturitate.

500. BULAHOVA[S] *sindrom*] ● Descris de autoare în 1892, sindromul se referă la dezvoltarea prematură a gîndirii abstracte a copilului, în cadrul unei dezvoltări intelectuale rapide, dublată de o gravă întîrziere în sfera emoţională şi volitivă (redusă pînă la forme instinctive), în apariţia deprinderilor şi a comportamentului adaptativ. Motricitatea este precoce afectată, asincronismul dintre dezvoltarea psihică şi cea motorie putînd fi observat din primele luni de viaţă. Patogeneza acestui sindrom nu este pe deplin lămurită, dar sînt incriminaţi factori ereditari şi microlezionali (organici).

501. BULB RAHIDIAN (cf. lat. *bulbus* „bulb") — sin. MEDULLA OBLONGATA ● Formaţiune anatomică aparţinînd trunchiului cerebral, alături de punte şi mezencefal, alcătuită din substanţă cenuşie, la nivelul căreia se realizează funcţia de centru reflex, şi substanţa albă, la nivelul căreia se realizează funcţia de conducere. În substanţa cenuşie a bulbului, se află nucleii senzitivi aparţinînd nervilor cranieni glosofaringian, vag, trigemen, facial şi vestibular, nucleii motorii aparţinînd nervilor cranieni glosofaringian, vag, accesor şi hipoglos, precum şi nucleii vegetativi reprezentaţi de nucleul salivator inferior şi nucleul dorsal al vagului, reprezentînd centrul mai multor reflexe viscerale. Tot la



nivelul bulbului se află centrii respiratori, vasomotori şi cardiomoderatori, precum şi nucleii aparţinînd căilor senzitive şi motorii. La nivelul bulbului se închid multiple reflexe somatice şi vegetative : reflexul de deglutiţie, reflexele salivare excito-secretorii pentru glanda parotidă, reflexele gastro-, pancreato- şi bilosecretorii, reflexele motorii digestive, reflexele cardioinhibitorii şi unele reflexe vasomotorii. Principalele reflexe respiratorii se închid tot la acest nivel, unde se află centrii respiratori primari, astfel încît o simplă înţepătură la acest nivel poate produce moartea. Tot în bulb se află centrul vomei, centrul unor reflexe de redresare, postură şi echilibru, aflaţi în relaţie cu alte etaje ale trunchiului cerebral, precum şi structuri implicate în senzaţia de foame, sete, somn. Multiple sindroame patologice sînt declanşate de leziuni diverse la nivel bulbar, prin afectarea unuia sau mai multor nuclei ai aceluiaşi nerv sau aparţinînd diverşilor nervi cranieni, afectare care poate avea cauze traumatice, tumorale, inflamatorii sau legate de ramolismentul bulbar, datorat unei leziuni arteriale, ateromatoase sau sifilitice.

Scanned with OKEN Scanner

502. **BULBOCAPNIA** ● Drogul utilizat de H. H. de JONG în producerea experimentală a catatoniei.

503. **BULDOG*** *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IANISEVSCHI* semn.

504. **BULIMIE** (cf. gr. *boulimía* „foame devorantă") — sin. ADEFAGIE ; CYNOREXIE ; ECLIMIE ; HIPEROREXIE ● Tulburare a comportamentului alimentar, tradusă prin senzația excesivă de foame, cu nevoia unei ingestii excesive de hrană, neurmată de senzația de sațietate (foame insațiabilă). Este o tulburare care poate fi cronică, poate surveni periodic sau în bufee. Bulimia poate avea ca origine tulburări metabolice (diabet, obezitate, de aport) sau dezordini diencefalice. Cea de origine

Gustave Doré

psihică apare frecvent în sindromul demențial, ca urmare a eliberării pulsiunilor instinctive de sub controlul instanțelor superioare. În 1885, MAGNAN descrie siteomania, — ca simptom (relativ rar) al psihozei maniaco-depresive sau în cadrul sindroamelor obsesiv-impulsive —, constînd dintr-o nevoie imperioasă de a ingera cantități crescute de alimente, exces față de care subiectul manifestă o atitudine critică. FREUD numea această impulsiune „angoasa de a muri de foame" și o considera o regresie la un stadiu de obicei pregenital, asociată cu trăsături ce aparțin erotismului anal.

Opsomania este o bulimie selectivă, îndreptată spre dulciuri. STUNKARD descrie, în 1955, sindromul hiperfagiei nocturne, al insomniei cu anorexie matinală. Bulimia apare în depresia nevrotică sau psihotică, dar mult mai rar decît inapetența, care este patognomică depresiei. A fost interpretată ca fiind o „apărare contra depresiei", o „recuperare afectivă orală", un mod de luptă împotriva depresiei și angoasei. S. RADO apreciază că bulimia ar avea un caracter toxicomanic, referindu-se la acea stare de nevoie imperioasă, ce necesită satisfacere imediată, care, dacă nu este obținută, determină recăderea în depresie, anxietate, punct de vedere susținut și de S. MACH și R. RACAMIER (1959).

Bulimia poate avea aspect accesual, atunci cînd etiologia ei este de natură organică (hipoglicemie, aura epileptică) sau cu evoluție cronică ori în pusee durînd cîteva zile, urmate de un interval liber, în care se fac diete de slăbire. Aceste pusee pot fi datorate unor situații frustrante, dar nu întotdeauna. Dorința imperioasă de a ingera excesiv alimente a fost descrisă la femeile frigide, după un act sexual ratat. Bulimia poate fi și un mijloc de descărcare a agresivității sau poate face parte din comportamentul maniacal.

505. **BUMERANG** — *efect* (fr. *boumerang* ; engl. *bumerang* ; împrumutat din limbajul indigenilor din Australia) ● Rezultat al unei acțiuni sau al unei comunicări, contrar celui scontat. HOVLAND folosește acest termen (inadecvat, după opinia lui PIÉRON) vrînd să sugereze asemănarea cu celebra armă a indigenilor australieni, care se întorcea la cel care a lansat-o. Un „efect bumerang" se poate întîlni uneori în psihoterapie sau în terapia antidepresivă. De asemenea, unele internări în stadii ale bolii care nu necesitau neapărat această măsură pot fi urmate de efectul bumerang. Termenul este folosit și în psihologia socială, ca descriere a respingerii prin „intoxicație" a unor mijloace de propagandă, obținîndu-se exact efectul contrar celui dorit.

506. **BUMKE*** *semn* ● Absența a midriazei la emoții puternice sau pericol. A fost evidențiată de I. BUMKE, în 1903, în schizofrenie și a fost inițial interpretată drept unul dintre

Scanned with OKEN Scanner

semnele bolii, fapt neconfirmat în timp, întrucît se întîlneşte şi la subiecţi sănătoşi. Pare a fi o perturbare a sistemului nervos vegetativ simpatic.

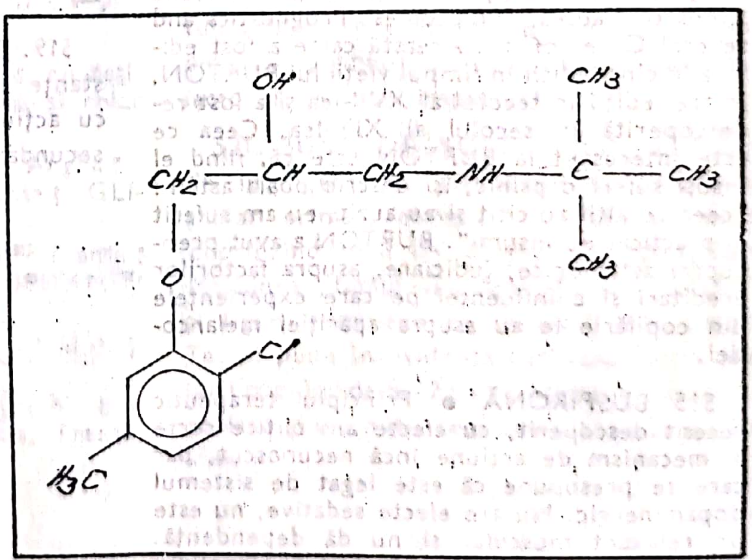
507. **BUNĂ-CUVIINŢĂ** • Componentă civico-morală a comportamentului individual în relaţiile cu semenii, expresie şi rezultat al influenţelor educaţionale din primii ani de viaţă, exprimată printr-o serie de atitudini axiologice, ca politeţe, solicitudine, înţelegere, sinceritate şi răbdare, manifestate faţă de ceilalţi, indiferent de vîrsta sau sexul acestora sau de împrejurările de viaţă. Reprezintă un gen de „carte de vizită" a unui om în faţa celorlalţi, care se extinde, de la aspectul vestimentar şi mimico-expresiv, la aspectele mai puţin vizibile şi de conţinut moral-uman, care caracterizează o persoană bine educată, în raporturile cu ceilalţi. Deşi la prima vedere nu i se dă atenţia cuvenită, are o mare importanţă în psihiatrie, prezenţa ei putînd masca o perioadă de timp, ca şi în cazul instrucţiei deosebite a subiectului, trăsături de personalitate, elemente deteriorative şi intensitatea unor tulburări psihice.

508. **BUNĂTATE** • Termen cu accepţiuni morale, estetice, afective, calificînd fiinţe, lucruri, sentimente.

Din punct de vedere psihanalitic, bunătatea, ca trăsătură de caracter, poate rezulta din : mecanismul formaţiunii reacţionale (bunătate reacţională a agresivului) ; din identificarea cu obiectul ; din judecata de condamnare a tendinţelor agresive, egoiste. Demistificarea noţiunii se întîlneşte la NIETZSCHE, în „Genealogia moralei".

509. **BUPRANOLOL**(DCI) • Derivat aminic benzonitrat de tip 1-(tert-butilamino)-3-/(6-clor-m-tolil)oxi/-2-propanol, indicat în anxietate, sindrom cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului parkinsonian şi senil. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ al următorilor betablocanţi :

BETADRAN(M)	Franţa
BETADRENOL(M)	R.F.G.
LOOSER(M)	Japonia
MONOBELTIN(M)	Argentina
PANIMIT(M)	R.F.G.



510. **BURCKHARDT Gottlieb** (1836—1907) • Creatorul psihochirurgiei. Studiază medicina la Basel, Berlin şi Gottingen, şi devine medicul Azilului de alienaţi din Waldau, unde începe studiul fiziologiei circulaţiei sanguine a creierului, cercetări ce vor fi continuate de BERGER. Adept al localicismului şi organicităţii, considera că orice tulburare psihică îşi are un corespondent organic cerebral, în cazul bolilor mintale incurabile, singura soluţie fiind cea chirurgicală. În 1889, face prima intervenţie psihochirurgicală (deşi nu avea o pregătire chirurgicală) pe un bolnav de schizofrenie de 54 de ani, care supravieţuieşte. Va mai efectua, în cîteva luni, încă 5 intervenţii, rezultatul fiind comunicat la al X-lea Congres Internaţional de la Berlin, la finele anului 1890 : trei ameliorări (relative), un suicid şi un deces postoperator. Experienţa nu are ecou ; va trebui să treacă o jumătate de secol pentru a fi reluată de EGAS MONIZ, cu rezultate, din păcate, la fel de neconcludente.

511. **BURONIL**(M) Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Spania — DCI *Melperonă* • Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-(4-metilpiperidin) butirofenonă, indicat în agitaţie psihomotorie, confuzie, dezorientare, cu valenţe anticonvulsivante, ceea ce îl indică în stările psihopatoide epileptice. Efectele secundare sînt însă de tip incisiv (mai puţin în obezitatea secundară NL incisive) → BUTIROFENONE.

512. **BURQ Victor-Jean** (1822—1894) • Este creatorul „metaloterapiei", concepţie ce are la bază ideea că fiecărui tip de temperament i-ar corespunde un metal, ce poate fi identificat

Scanned with OKEN Scanner

(metaloscopie) și care, odată descoperit și aplicat tegumentar, ar duce la vindecarea bolii respective. Cuprul i-a dat, se pare, autorului cele mai bune rezultate. În 1851, în timp ce lucra la Hotel Dieu, publică lucrarea „Nouvelle doctrine et nouveau traitement des maladies nerveuses" (paralizia, isteria, hipocondria, migrena, depresia, nevralgii, spasme, convulsii). Totuși, nu aceste aspecte sînt cele mai interesante la acest prodigios autor, ci mai ales, opinia lui CLAUDE, BERNARD, CHARCOT, LUYS și PALLIER, care au apreciat favorabil metoda.

513. BURROWE George Mann (1771—1846) ● Deși chirurg, în 1815 se decide să se dedice studiului bolilor mintale, oprindu-se asupra maladiei Bayle (PGP). Din 1820, începe să publice o serie de lucrări, dintre care: „Studii asupra unor erori relative la bolile mintale și asupra consecințelor morale și legale" și „Comentarii asupra cauzelor, formelor, simptomelor și tratamentului nebuniei" au fost considerate cele mai bune tratate de psihiatrie din Anglia, în acea epocă.

514. BURTON Robert (1577—1640) ● Este considerat autorul primei enciclopedii psihiatrice din lume, publicată, în 1621 sub pseudonimul DEMOCRITUS Junior: „The Anatomy of Melancholy what it is with all the Kinds of Causes, Symptomes, Prognostics and several Cures of it". Această carte a fost editată în cinci ediții în timpul vieții lui BURTON, în trei ediții în secolul al XVII-lea și a fost redescoperită în secolul al XIX-lea. Ceea ce este interesant la BURTON este că, fiind el însuși suferind psihic, își descrie boala astfel: „ceea ce alții au citit și au auzit, eu am suferit și practicat eu însumi". BURTON a avut preocupări astrologice, judiciare, asupra factorilor ereditari și a influenței pe care experiențele din copilărie le au asupra apariției melancoliei.

515. BUSPIRONĂ ● Principiu terapeutic recent descoperit, cu efecte anxiolitice certe și mecanism de acțiune încă necunoscut, dar care se presupune că este legat de sistemul dopaminergic. Nu are efecte sedative, nu este un relaxant muscular și nu dă dependență. BUSPIRONA nu potențează efectele alcoolului și este primul anxiolitic cu efecte serioase care nu dezvoltă fenomene de dependență, nici în administrări îndelungate.

516. BUTAPERAZINA(M) Mexic — DCI *Butaperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 1-/10-/3-/4-metil-1-piperazinil/propil/fenotiazin-2-il/-1-butanonă, cu acțiune asemănătoare cu a TRIFLUOPERAZINEI, avînd însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar, din păcate, și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

517. BUTIDRINE(DCI) ● Betablocant de tip α-/(sec-butilamino)metil/-5,6,7,8-tetrahidro-2-naftalinmetanol; cu acțiune anxiolitică, constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

BETABLOC(M)	Elveția, Spania
RECETAN(M)	Italia

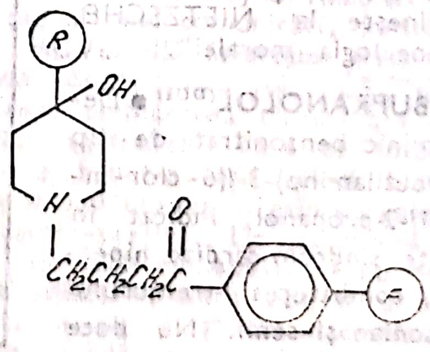
→ BETABLOCANTE.

518. BUTRYPTILINE(DCI) ● Derivat dibenzocicloheptanic de tip DL-10,11-dihidro-N,N,β-trimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-propilamină, indicat în depresii de intensitate variabilă (efectul terapeutic obținîndu-se în funcție de dozaj), cu o bună toleranță. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici cu acțiune antidepresiv-timoleptică:

CENTROLYSE(M)	Argentina
EVADENE(M)	Italia
EVADYNE(M)	Anglia, S.U.A.
EVASIDOL(M)	Austria

→ TIMOLEPTICE.

519. BUTIROFENONE ● Grupare de substanțe psihotrope, aparținînd fenotiazinelor, cu acțiune sedativă și halucinolitică și efecte secundare marcate. Au fost sintetizate în



1956, de JANSSEN, și introduse în terapia psihiatrică de DIVRY, BOBON și CALLARD, în 1958.

Deși efectul antipsihotic a fost confirmat de majoritatea cercetătorilor încă de la început,

în timp s-au adunat suficiente date pentru a evidenția și un efect sedativ incontestabil. Curent etichetate drept neuroleptice incisive, butirofenonele ridică încă probleme în ceea ce privește încadrarea lor, situație care a făcut ca ele să fie considerate drept o categorie aparte de fenotiazine : în sensul acțiunii lor — drept o fenotiazină alifatică (tip Levomepromazina), în sensul efectelor secundare — drept o fenotiazină piperazinată (tip Majeptil), fapt ce ar putea explica de ce unii le consideră drept neuroleptice incisive (cei care au în vedere, în primul rînd, efectele lor secundare), și de ce alții le consideră neuroleptice sedative (cei care au în vedere, în primul rînd, acțiunea lor). Acest fapt se datorește acțiunilor diferite a celor 11 tipuri de substanțe care alcătuiesc clasa, acțiune care este predominant incisivă pentru unii produși și predominant sedativă pentru alții.

La un pol se grupează produși cu acțiune predominant antipsihotică, reprezentați de :

- *Spiperone*(DCI) : SPIROPERIDOL(M) Belgia, SPIROPITAN(M) Japonia
- *Moperone*(DCI) : LUVATREN(M) Elveția, R.F.G. ; MEPIROL(M) Belgia.
- *Trifluoperidol*(DCI) : PSICOPERIDOL(M) Suedia ; TRIPERIDOL(M) Franța, R.F.G. ; TRISEDYL(M) Ungaria, U.R.S.S.
- *Haloperidol*(DCI) : HALDOL(M) Franța, R.F.G. ; HALOPERIDOL(M) R.D.G., Ungaria ; SERENACE(M) Anglia.

La celălalt pol se grupează produși cu acțiune predominant sedativă, hipnotică și chiar anticonvulsivantă :

- *Benperidol*(DCI) : ANQUIL(M) Anglia ; FRENACTIL(M) Belgia, Franța ; GLIANIMON(M) R.F.G.
- *Pipamperone*(DCI) : DIPIPERON(M) Franța ; PIPERONIL(M) Italia ; PROPITAN(M) Japonia.
- *Lenperone*(DCI) : ELANONE(M) S.U.A. ; LENPEROL(M) Brazilia.
- *Fluanisone*(DCI) : HALOANISONE(M) Belgia ; SEDALANDE(M) Elveția, Franța, R.F.G.
- *Bromperidol*(DCI) : AGOSTINE(M), AZUREN(M), CONSILIUM(M) Belgia ; IMPROMEN(M) Olanda.
- *Melperone*(DCI) : BURONIL(M) Austria, Belgia, Spania ; ENERPAN(M) R.F.G. (și anticonvulsivant).
- *Droperidol*(DCI) : DRIDOL(M) Suedia ; DROLEPTAN(M) Anglia ; DROPERIDOL(M) U.R.S.S. ; HALKAN(M) Franța ; INAPSINE(M) S.U.A. ; NEUROLIDOL(M) Israel ; SINTODIAN(M) Italia (și neuroleptanestezic).

520. **BUTTEN-SPIELMEIER-VOGT**(B) *boală* — sin. OTMAN(B) boală ; SPIELMEIER-STOCK(B) boală ; STOCK-SPIELMEIER-VOGT(B) boală • Idioție amaurotică, cu debut juvenil (6—10 ani) și desfășurare lentă progresivă a procesului de demențiere, însoțit de scăderea progresivă a vederii (retinită pigmentară). Se poate asocia cu tulburări de tip epileptic. Tabloul clinic al subiecților a căror supraviețuire nu depășește deceniul trei al vieții, se caracterizează prin apatoabulie, sărăcie a limbajului, tulburări tot mai grave ale atenției, memoriei și capacității de judecată. Transmiterea acestei boli se face recesiv autosomal, iar etiologia este legată de tulburările metabolismului lipidic, în care deficitul pigmenților peroxidazici pare a fi factorul cel mai important.

521. **BUYSE-DECROLY**(T) test • Baterie de inteligență și cunoștințe pentru nivelul școlar primar, elaborată de cei doi autori cuprinzînd serii de imagini din scara Borel-Maisonnay, testul Goodenough sau testul Fay și figuri complexe ce urmează a fi copiate. Testul pune în evidență particularitățile adaptării copiilor de 6—7 ani la exigențele sarcinilor școlare și permite depistarea precoce a dislexiei.

C

1. **CABANIS George** (1757—1808) ● Medic și filozof, rămas în istoria psihiatriei atît prin propriile contribuții, cît și prin elevul său PINEL, putînd fi considerat drept unul dintre precursorii nervismului științific. Principala sa lucrare, „Traité sur le rapports du psysique et du moral de l'homme", este deseori citată, la începutul secolului al XIX-lea, pentru ideile originale și interesante pe care le promovează, dintre care cităm: „Pentru ca să ne formăm o idee justă despre operațiile din care rezultă gîndirea trebuie să considerăm creierul drept un organ special a cărui menire specifică este să producă gîndire, întocmai cum stomacul și intestinul au menirea să digere, ficatul să filtreze bila, parotidele și glandele maxilare și sublinguale să producă sucurile salivare" (Memoriul II), cu mențiunea că nu tot ce pare simplu și banal azi, a fost așa dintotdeauna. Preocupat de stabilirea cauzelor bolilor psihice, CABANIS afirmă: „Teoria delirurilor sau a nebuniei și compararea tuturor faptelor pe care le îmbrățișează această teorie, trebuie să arunce destulă lumină asupra raporturilor dintre starea fizică și starea morală, asupra formării gîndirii însăși și a bolilor subiectului" (Memoriul I).

2. **CABINET/SERVICIU DE PSIHIATRIE** din dispensar policlinic (fr. cabinet) ● A reprezentat, pînă la apariția LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, singura formă de asistență mintală de specialitate psihiatrică de tip ambulator. Organizat identic cu restul cabinetelor de specialitate din dispensarul policlinic, cu activitatea axată în special pe asistența curativă, supraaglomerat și uneori insuficient dotat și încadrat, nu a reușit să realizeze întotdeauna o depistare activă și precoce și să supravegheze tratamentul de întreținere și evoluție a bolii, ceea ce a condus la o slabă supraveghere a teritoriului și la supraaglomerarea spitalului de psihiatrie care, la rîndul său, a fost obligat să reducă durata de spitalizare și astfel să se realizeze un cerc vicios, pe care LSM a avut menirea de a-l întrerupe. În momentul de față în asistența ambulatorie există ambele forme de unități, atît LSM cît și cabinete de specialitate, urmînd ca acestea din urmă să fie înlocuite treptat prin LSM.

3. **CABOTINISM** (cf. fr. cabotin) ● Tendința unor subiecți de a se face remarcați printr-o atitudine teatrală, printr-o gestică exagerată, falsă. Subiectul caută să capteze întreaga atenție asupra sa, „îngroșînd" atitudinile pe măsură ce reușește acest lucru. Se întîlnește la personalitățile isterice, în manie, la unii adolescenți.

4. **CACO-** (cf. gr. *kakos* „rău, sordid, defectuos") ● Element de compunere, exprimînd sensul de dezagreabil, fetid, putred.

5. **CACODEMONOPATIE** (cf. *caco-* + gr. *daimon* „divinitate" + pathos „încercare, experiență") — sin. DEMONOPATIE INTERNĂ — ESQUIROL (1838) ● Termen puțin utilizat ce definește convingerea delirantă a subiectului că este posedat de forțe demonice (diavol). Se întîlnește în delirurile hipocondriace, melancoliile delirante, demențe. LHÉRMITTE a publicat trei cazuri de delir demonopatic la subiecți cu encefalită epidemică în antecedente. Demonopatia internă trebuie diferențiată de demonopatia externă (formă de delir cronic în care bolnavul „vede" (demonul) și de demonomania lui FODÉRÉ (delir de damnație).

6. **CACOFONIE** (cf. *caco-* + gr. *phone* „voce, limbaj, manieră de exprimare") ● Formă de disfonie — și nu de balbism —, constînd în alăturarea unor silabe sau grupuri fonetice, care creează sonorități dezagreabile. Poate fi expresia unui limbaj subcultural, a scăderii controlului în stări de oboseală și de tensiune

Scanned with OKEN Scanner

marcată sau o formă de exprimare în cazul oligofreniei.

7. CACOGEUSIE (cf. *caco-* ; gr. *geusis* „gust") ● Senzaţie de gust rău, dezagreabil, întîlnită, de obicei, în afecţiunile psihosomatice, nevroze, epilepsie (de obicei, ca aură).

Émile Bernard

8. CACOLALIE (cf. *caco-* ; gr. *lalein* „a vorbi") ● Tulburare a comunicării verbale constînd dintr-un limbaj agramat, în general neinteligibil, în care apar şi se percep frecvent cacofonii. Este întîlnită în oligofrenie, schizofrenie, demenţe. Păstrînd caracterul agramat, dar cu o notă mai inteligibilă, fenomenul poate fi întîlnit şi în cazul subiecţilor cu nivel subcultural.

9. CACOPATIE (cf. *caco-* ; gr. *pathos* „încercare, experienţă") ● Termen hipocratic — în prezent neutilizat — prin care erau definite tulburările mintale severe.

10. CACORAFOBIE(F) (cf. gr. *kakorraphein* „a urzi planuri rele" ; *phobos* „frică") → sin. KAKORAFOBIE(F).

11. CACOSMIE (cf. *caco-* ; gr. *osme* „miros") ● Perceperea unui miros fetid. Poate constitui un fenomen halucinator — halucinaţii olfactive (SIVADON), producîndu-se în afara oricărei explicaţii senzoriale, sau poate fi obiectivă, determinată de o afecţiune nazală, perinazală, dento-bucală, gastro-intestinală etc.

12. CACOSOMNIE (cf. *caco-* ; lat. *somnus* „somn") ● Imposibilitatea adormirii avînd drept rezultat un somn lipsit de calitate ; termenul nu se mai utilizează, deşi iniţial a circulat concomitent cu cel de AGRIPNIE, pentru a fi înlocuiţi amîndoi prin INSOMNIE.

13. CACOTENOFOBIE(F) (cf. *caco-* ; *phobos*) — sin. PETOFOBIE(F) ● Teamă morbidă, nejustificată, de a nu te face de rîs în faţa celorlalţi, datorită unor deficienţe (mici scăpări) ale controlului sfincterian. Rar întîlnită (schizofrenie, nevroză obsesivo-fobică) nu trebuie confundată cu teama oarecum justificată a bătrînului sau a suferindului.

14. CACOTIMIE (cf. *caco-* ; gr. *thymos* „spirit") ● Termen ieşit din uz, care îşi propunea să desemneze orice afecţiune mintală cu modificări sau tulburări ale conduitei morale.

15. „CAFARD" (fr. *cafard* ; cf. arab. *kafir* „părăsit, renegat") ● Termen introdus de HOUT şi VOIVENEL, în 1919, cu ocazia unui studiu privind starea psihică a soldaţilor de origine africană înrolaţi în armata franceză, în cursul primului război mondial, pentru a delimita starea psihică a celui îndepărtat de locul său natal, de obiceiurile sale, silit să trăiască într-o lume nouă, pe care o percepe negativ, fără ca aceasta să-i fie obligatoriu ostilă ; sindromul este o combinaţie de tristeţe, nostalgie, inutilitate, inactivitate, teamă. Autorii au descris adevărate raptusuri depresive în care, în cazul dat, le-au numit „coups de cafard". Deşi acest sindrom este prezent şi descris în cazul dezrădăcinaţilor, emigranţilor (fenomene sociale de mare actualitate), termenul propus de HOUT şi VOIVENEL nu a avut succes, nefiind utilizat.

16. CAFEA/CAFEINĂ (turc. *kahvé* ; arab. *quahwa*) ● Seminţele produse de fructul „arborelui de cafea" (caffea arabica) ; plantă tropicală originară din Africa de Nord (Abisinia) ; băutură preparată din aceste seminţe (cafea boabe), care a intrat în uzul europenilor începînd cu secolul al XVIII-lea fiind în acele timpuri o băutură pentru privilegiaţi. Cafeaua constituie astăzi, împreună cu nicotina, cele mai cunoscute şi răspîndite psihostimulente dintre acele zise „minore". Din boabele de cafea se obţin, prin extracţie chimică, un alca-

Scanned with OKEN Scanner

loid (cafeina) și o substanță aromatică. În 1927, L. LEWIN includea cafeaua, alături de tutun și betel, în cadrul grupei "excitantia", de stimulente psihice ; în zilele noastre este socotită a face parte din grupa nooanalepticelor (neurostimulentelor sau psihoenergizantelor) sistemului nervos, principiul activ fiind cafeina (care se mai găsește și în ceai, cacao, mentă și nuca de cola). După autorii francezi, o ceașcă obișnuită de cafea poate conține de la 0,10—0,30 g cafeină, dar autorii americani sînt mai rezervați (beau o cafea mai diluată), apreciind la 0,10—0,15 g de cafeină/ceașcă, jumătate de cantitate în ceai, iar în coca-cola o treime.

Ca și celelalte componente ale grupei nooanalepticelor, cofeina se caracterizează prin efectul de creștere a motricității și a activității generale (fără a ajunge la faza de incoordonare), antagonizare ușoară a hipnoticelor și prin absența unui efect important asupra sistemului nervos vegetativ.

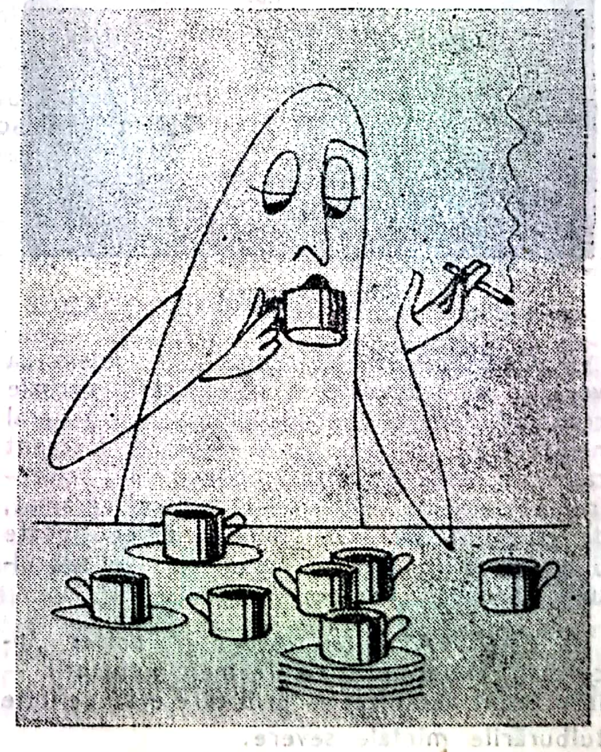
Specificul cafeinei, care din punct de vedere chimic este o trimetilxantină, este efectul preponderent asupra sistemului nervos central. Mecanismul de acțiune este direct, la nivel cortical, la acesta adăugîndu-se o inhibiție a sistemului talamic de relaxare. Determină creșterea sintezei adrenalinei în creier. Cortexul senzorial este primul și cel mai puternic stimulant, mărirea dozei determinînd extinderea acțiunii la cortexul motor, la bulb și măduvă. Efectul produs de doze slabe sau moderate este căutat pentru creșterea vioiciunii spirituale, a productivității pe plan intelectual, ca și în prevenirea modificărilor produse de oboseala musculară, de privarea de somn (efect antinarcotic) sau indispoziție (chiar plictiseală). Stimularea psihică durează în medie 6—8 ore. Musculatura striată este stimulată prin acțiune directă și prin mecanism central. La nivel respirator are acțiune eupneizantă, asupra aparatului cardiovascular produce efecte vasomotorii complexe și inotrop pozitive. Crește secreția clorhidropeptică și facilitează aterogeneza.

Administrarea excesivă provoacă insomnii, anxietate, cefalee, tremurături, agitație, tulburări vizuale, tahipnee, pirozis, creșterea diurezei. La nivel celular, are loc inhibiția fosfodiesterazei, responsabilă de inactivarea AMP-ciclic implicat în activitatea receptorilor adrenergici : astfel, AMP-ciclic constituie, prin creșterea activității sale, suportul activării adrenergice. Cu toate acestea, ca și alte psihostimulente, cafeina nu și-a dovedit calitățile unui adevărat antidepresiv, nefiind eficientă în cazul bolnavilor cu depresie endogenă.

Indicații : cafeina, alături de antialgice barbiturice, săruri de brom, este un component frecvent al rețetelor magistrale de mare succes în tratamentul nevrozelor. Rolul antimigrenos și-l exercită în asociere cu analgezice sau ergotamină. Efectul stimulant central este folosit în subnarcoza barbiturică, pentru obținerea dezinhibiției în scop terapeutic. Doze mici de cafeină sînt utile în tratamentul narcolepsiei. Sub forma cafeinei natriu benzoice se întrebuințează în intoxicația acută cu alcool, insuficiența circulatorie acută centrală.

17. CAFEISM (fr. *caféisme*) — sin CAFENISM ● Stare de intoxicație provocată prin introducerea în organism (de obicei, prin ingerare) a diferitelor substanțe care conțin cafeină (cafea, ceai, răcoritoare de tip „cola"; cacao, ciocolată, unele medicamente antialgice etc.).

Cafeismul acut — adevărată beție cu cafea — este grevat fie de situația depășirii dozelor uzuale (se apreciază la peste 250 mg cafeină/zi), fie de sensibilitatea specifică individului pentru



această substanță. Se manifestă prin neliniște, stare de excitație cu scăderea fixării atenției, ușoară fugă de idei, insomnie, roșeața feței, creșterea diurezei, palpitații, tulburări vertiginoase, midriază. Depășirea unei cantități de 1 g% pe zi face posibilă instalarea convulsiilor, a insuficienței respiratorii și chiar a exitusului,

De obicei, primele două forme cedează spontan la cel mult 24 de ore după întreruperea administrării drogului.

Cafeismul cronic — apare printr-un consum de lungă durată, la intervale scurte, a unor cantități mici de cafea. Se exteriorizează, pe plan somatic, prin cefalee intensă și rebelă la tratament, tremurături ale extremităților, tulburări parestezice, palpitații, diverse tulburări digestive. Pe plan psihic, primul semn evident este insomnia, asociată în unele cazuri cu elemente onirice, care implică realizarea unei treziri ușoare ; latura afectivă este perturbată în sensul creșterii instabilității și iritabilității ; au fost descrise adevărate episoade delirante acute (cu conținut afectiv paranoic de tip confuzional) — „cafeinice", care trebuie privite însă cu rezervă, nefiind exclus să fie vorba de subiecți ce erau deja bolnavi psihic (HENYER și BOREL). S-a încercat (POROT) și descrierea unui sindrom de automatism mintal la femei aflate în jurul vîrstei de 45 de ani. În ceea ce privește frecvența acestui tip de intoxicație, datele sînt neconcludente, putîndu-se preciza cu certitudine doar că se întîlnește mai des la femei (spre deosebire de alcoolism, care rămîne, totuși, apanajul bărbaților). Asocierea cu alcoolismul este uzuală, probabil prin mecanismul lor antagonic sau sinergic, în momente distincte ale fazelor de intoxicație specifică ; s-a observat că folosirea cafelei facilitează chiar declanșarea delirului subacut sau acut alcoolic. Problema consumului de cafea nu trebuie supradimensionată, ci trebuie avut în vedere doar excesul sau așa-zisa „dependență" la cafea.

18. CAFIDE(M) Franța — DCI *Butofilolol* • Betablocant de tip (±)-2'-/3-(tert-butilamino)-2-hidroxipropiloxi/-5'-fluorobutirofenonă indicat în anxietate cu determinări somatice, distonii neurovegetative, alcoolism, sevraj de diferite cauze, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

19. CAFILON(MC) Austria, Elveția, Franța, R.F.G. • Produs terapeutic psihostimulent, conținînd două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se complementează. Este compus din : PHENMETRAZINA și PHENBUTRAZATE, ambele nooanaleptice derivate feniletilaminice. Are o acțiune psihostimulentă marcată.

20. CAFRON(M) Anglia — DCI *Benactizină* • Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Este necesar să se cunoască acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

21. CAID (*caid* ; cuvînt împrumutat din arabă, unde are sensul de „șef") • Termen desemnind în literatura de limbă franceză o persoană tiranică, în special în familie, cel mai adesea fiind vorba de un copil răsfățat sau de o personalitate dizarmonică. Nu rareori, situația este generată încă de prezența unui nevrotic (în special femeie), a unui paranoiac sau a unui hipocondriac (în special, la vîrstnici), care devine un caid în adevăratul sens al cuvîntului : de guvernator tiranic.

22. CAIN — *complex* (Personaj biblic, CAIN, fiul lui Adam și al Evei ; era plugar, iar fratele său mai mic, Abel — păstor. Ambii frați aduc jertfe lui Dumnezeu, care primește cu mai multă plăcere jertfa lui Abel. În CAIN se nasc sentimente de ostilitate și gelozie care îl determină să-și ucidă fratele) • Termenul aparține psihanalizei și desemnează acel complex care are la bază rivalitatea fraternă, parțial sau total inconștientă ; se manifestă, după psihanaliști, prin sentimentele de ostilitate ale fratelui mai mic față de primul născut din familie sau ale fratelui mare față de al doilea născut, resimțit ca rival și amenințînd să centreze dragostea parentală. Psihanaliza consideră că această ostilitate și gelozie sînt, într-o anumită măsură, reacții firești ale naturii umane ; reprimarea nu înseamnă anularea lor, fiindcă ele se vor manifesta în forme mai mult sau mai puțin intense. Apariția unui alt copil în familie provoacă, la primul născut, teama inconștientă că ar putea pierde afecțiunea mamei, teamă care generează sentimente de gelozie, ca efect al refuzului de a-și împărți dragostea maternă.

Gelozia, la rîndul ei, provoacă manifestări comportamentale agresive, fie față de noul născut, obiect al geloziei, fie față de alte obiecte, substitute ale nou-născutului. Uneori, rivalitățile fraterne pot determina modificări caracteriale, care au la origine nu numai rivalitatea ca atare, ci și pozițiile membrilor cuplului parental față de atitudinile de rivalitate dintre frați sau față de copii, în mod diferențiat (de pildă, gratificații afective acordate, în special, unuia dintre copii). Tulburările generate de rivalitatea fraternă se manifestă frecvent ca simptome nevrotice. Psihanaliza consideră că, în măsura în care lucrurile nu evoluează în sens patologic, se păstrează totuși

între frați reminiscențe ale rivalității infantile, pe care ei înșiși le justifică prin diverse argumente raționale (de exemplu, ei spun : „sîntem foarte diferiți" sau „fratele meu are cu totul alt caracter" sau „ne iubim mult,

Salvatore Rosa

dar nu ne înțelegem unul pe altul"). ADLER observă că, în diverse familii, copilul cel mai mare devine autoritar și conservator, al doilea revoltat, iar al treilea, dacă este ultimul, are șanse să fie leneș sau original, dezvoltînd o mare ambiție. Transformările rivalității fraterne se pot finaliza în atitudini sociale. FREUD afirmă că relația de gelozie fraternă se rezolvă încetul cu încetul (mai ales în condițiile în care părinții manifestă o iubire egală pentru toți copiii), ajungîndu-se la o identificare între toți frații și formîndu-se, spontan, un sentiment de comunitate ; se naște de aici o primă exigență socială, aceea de justiție (revendicarea egalității, tratament egal pentru toți : neputînd fi primul și preferatul, copilul renunță la a ciștiga un privilegiu ; în schimb, cere ca nimeni să nu fie favorizat în mod special). CH. BAUDOUIN comentează faptul că justiția și fraternitatea se bazează, în mod paradoxal, pe egoism, rivalitate, ostilitate ; justiția și fraternitatea ar fi deci axiome sau formule ale unui cod moral, care reglează conduitele sociale în favoarea tuturor. „Dincolo de justiție, fie că vrem sau nu, trebuie să recurgem la un alt mare principiu social, acela al „clarității" și al iubirii. Dar iubirea nu-și are originea în fraternitate, ci este generată de sentimentele filiale" ; prin aceste considerații BAUDOUIN face trimiterea la complexul Oedip. În ceea ce privește complexul de rivalitate fraternă (CAIN) și toate celelalte complexe, psihanaliza încearcă o explicație a manifestărilor vizibile, observabile, în mare măsură determinate social prin însușirea unor coduri morale, explicație în cadrul căreia se operează cu noțiunea de inconștient, de motivație profundă, specificul proceselor inconștiente constînd, între altele, în faptul că ele apar indirect, deghizat, întrucît condiția umană la nivelul vieții sociale implică o respectare a regulilor sociale, o instrumentare a ființei umane, pentru a suporta și a face suportabilă relația cu celălalt, necesară individului, fie că el se cunoaște sau nu.

Ceea ce trebuie să recunoaștem, constituie o explicație, după cum și faptul că diferența de vîrstă dintre frați, corelată cu lipsa de înțelegere reciprocă a problematicii fiecăruia, poate fi o altă explicație, ambele fiind la fel de greu de argumentat ca și de combătut. Cea de a doua însă are mai multe șanse de a explica de ce, cînd considerentele amintite dispar (diferența în ani se estompează în timp și gradul de înțelegere crește în timp), frații „uită" de complexe și ajung să se înțeleagă atît de bine.

23. CAINOFOBIE(F) (cf. gr. kainos „nou" ; *phobos* „frică")—sin. CAINOTOFOBIE(F), NEOFOBIE(F) ● Teamă maladivă de înnoiri, de transformări, de schimbări. Dintre mecanismele ce pot genera această „falsă fobie", sînt de menționat, în primul rînd, o scădere a proceselor adaptative, o lipsă de informare cores-

punzătoare, o tendinţă de comoditate, o creştere a inerţiei. Este necesar să se facă însă distincţie între teama de nou, ca fobie, şi teama de nou determinată de scopul de a nu pierde avantajele „vechiului sau prezentului"; diferenţa de sens şi motivaţie între cele două aspecte este elucidată prin opoziţia dintre teama nejustificată şi teama justificată.

24. CAIRNS(S) *sindrom* ● Tulburare caracterizată prin pierderea iniţiativei motorii şi mutism complet, care apare în tumorile ventriculului III, în raport direct cu volumul acestora. Sindromul de mutism akinetic a fost descris de alţi autori şi în alte circumstanţe lezionale: intoxicaţia cu oxid de carbon (necroză palidală bilaterală — PETERS); anevrismele comunicantei anterioare (leziuni bilaterale circulare anterioare — NIESLE); ramolismentul calotei pedunculare — BERGOUIGNAN. Luînd aspectul unei „schizofrenii simptomatice", sindromul Cairns pune probleme de diagnostic diferenţial, dar deschide şi o cale de explicaţie etiopatogenică în ceea ce priveşte catatonia şi indică o posibilă legătură cu talamusul posterior şi tegumenul mezencefalic.

25. CALCEMIE (cf. lat. *calx* „var"; gr. *haima* „sînge") ● Nivelul plasmatic al calciului, care în mod normal se găseşte în concentraţie de 10 mg/100 ml respectiv 5 mEq/l. Aproximativ o jumătate din această cantitate este fixată de proteine sub formă neionizată şi nedifuzabilă; o cantitate mai mică (citrat şi carbonat de calciu) se află în stare difuzabilă, dar neionizată, restul calciului plasmatic (2,1—2,7 mEq/l) fiind prezent în organism sub forma ionică activă. Homeostazia calciului, esenţială pentru viaţă, se realizează prin schimbări rapide între calciul plasmatic, osos şi intracelular. Ea este dependentă atît de echilibrul dintre aport şi expresie, cît şi de intervenţia unor mecanisme de reglare complexe.

Mecanismele reglatoare sînt declanşate în funcţie de nivelul plasmatic al calciului ionizat, şi, secundar, de nivelul fosfaţilor. Aceste constante influenţează balanţa endocrină între secreţia de parathormon (hormon hipercalcemiant, secretat de paratiroidă) şi secreţia de calcitonină (hormon hipocalcemiant, secretat de celule specializate din tiroidă şi paratiroidă). Forma ionizată activă a calciului plasmatic controlează permeabilitatea membranelor celulare şi capilare, excitabilitatea structurilor neuromusculare, contractilitatea muşchiului striat şi cardiac, procesele de hemostază, unele procese enzimatice.

Spectrul complex al acţiunilor ionilor de calciu, realizat în corelaţie funcţională cu fosfaţii şi magneziul, face ca modificările nivelului plasmatic — hiper- sau hipocalcemii — să determine tulburări cu răsunet larg asupra activităţii nervoase superioare şi deci asupra psihismului.

26. CALCIFICARE CEREBRALĂ IDIOPATICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FAHR(B) boală.

27. CALCIU ŞI EXCITABILITATEA NERVOASĂ ● Calciul este unul dintre elementele vitale care controlează permeabilitatea membranelor celulare şi a altor procese chimice şi fizice din organism. Exercită influenţe asupra excitabilităţii neuromusculare. Excesul de calciu în fluidul extracelular reduce permeabilitatea membranară pentru sodiu. Aceasta determină ridicarea valorii nivelului critic de depolarizare, scăderea permeabilităţii pentru sodiu, inhibă declanşarea potenţialului de acţiune. Hipercalcemia reduce excitabilitatea neuromusculară prin acţiunea stabilizatoare asupra permeabilităţii membranei celulare. Reducerea nivelului calciului ionic în mediul extracelular creşte permeabilitatea membranară pentru sodiu şi aduce valoarea pragului de excitabilitate aproape de valoarea potenţialului de repaus. Membrana devine labilă, este foarte uşor excitabilă, iar la scăderea masivă a nivelului calciului extracelular, pragul de excitabilitate poate deveni egal cu valoarea potenţialului de repaus, ceea ce poate provoca apariţia unor potenţiale de acţiune spontane, aşa cum se întîmplă frecvent cu tetania hipocalcemică (→ PARATIROIDE). Scăderea calciului, prin interesarea membranei celulare, va afecta deci şi diverse structuri neuronale, precum şi sinapsa neuromusculară. Toate tipurile de sinapse necesită prezenţa calciului, în procesele neurotransmiterii. Calciul stimulează, de asemenea, eliberarea de catecolamine din modulosuprarenală, prin intermediul acetilcolinei. Toate aceste acţiuni sînt antagonizate de magneziu, astfel încît deprimarea sistemului nervos central şi blocajul neuromuscular produse la nivele ridicate ale magneziemiei pot fi contracarate prin administrarea intravenoasă de săruri de calciu, care au o largă utilizare clinică, datorită efectului lor sedativ.

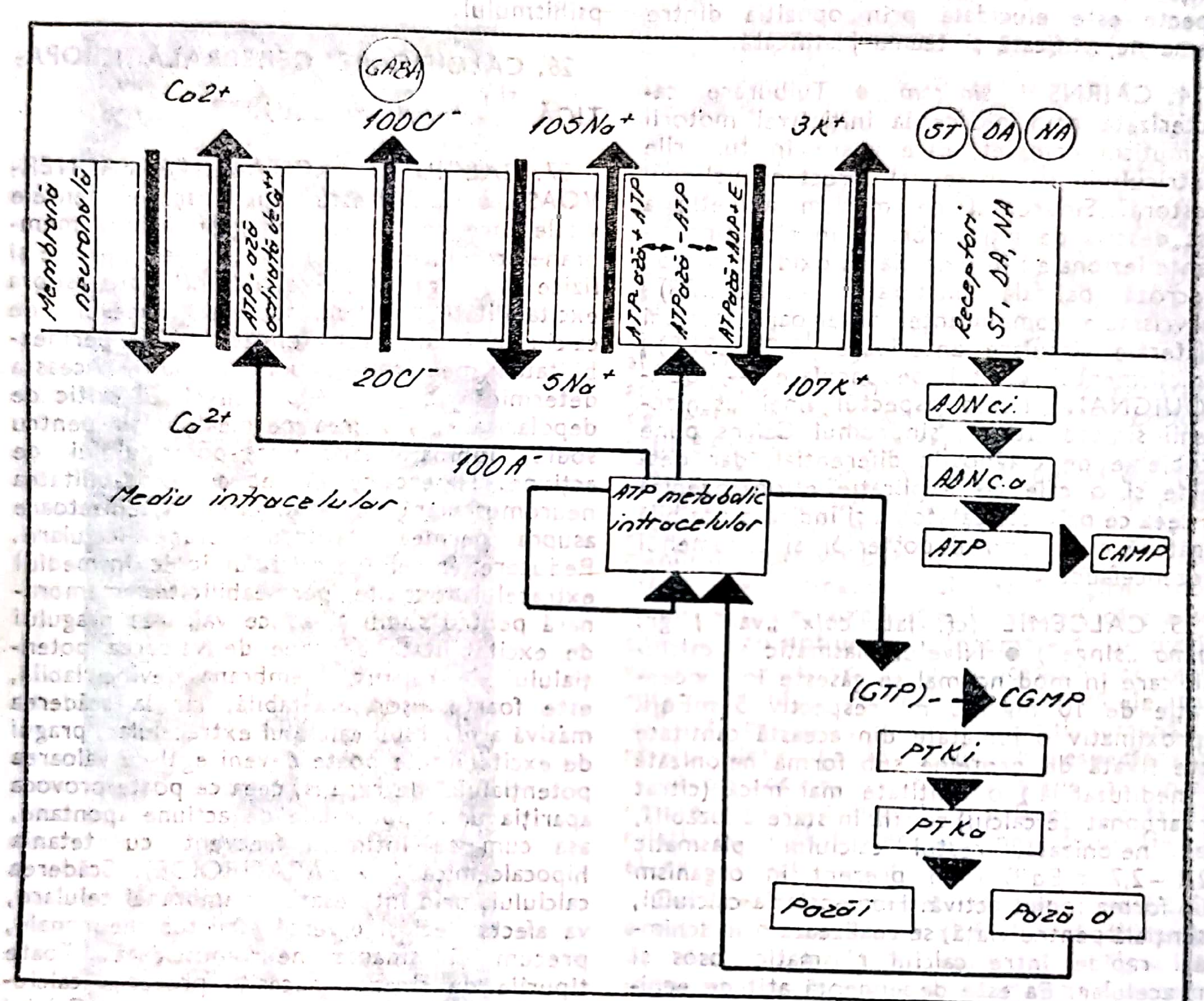
28. CALCIU — *medicaţie* ● În practica curentă, dispunem de şase produşi farmaceutici avînd drept principiu activ calciul;

- BROMURA DE CALCIU (soluţie apoasă 10%). Acţiune, sedativ cortical anticon-

vulsivant. Indicată în : hiperexcitabilitate, spasmofilie, tetanie, tulburări de climacteriu ; contraindicații : intoleranță la brom, asocierea cu cardiotonice, aritmii, sarcină și alăptare.

cu celelalte produse de calciu, cărora li se adaugă acțiunea antialgică și hemostatică.

• GLUCONAT DE CALCIU (levulinat de calciu). Cu indicații și contraindicații



Rolul calciului ionic în cadrul principalelor mecanisme ionice și metabolice implicate în polarizarea membranei neuronale

• CALCIU EFERVESCENT 200. Indicat în hipocalcemie, nevoi calcice crescute (sarcină, lactație, creștere); menopauză, senilitate, stări alergice. Nu se indică în : insuficiența renală, hipercalcemie, hiperparatiroidie.

• CALCIU GRANULAT (50% gluconat de calciu, 50% excipient zaharat). Indicațiile și contraindicațiile — identice cu ale calciului efervescent.

• CLOROCALCIN (clorură de calciu, alcool, glicerină, aldehidă cinamică). Indicațiile și contraindicațiile — identice cu cele ale calciului bromat, avînd avantajul administrării și intramuscular.

• LACTATUL DE CALCIU. Remineralizat, antialergic, nu are particularități sau restricții comparativ cu calciul efervescent sau granulat.

29. CALCUL (cf. lat. *calculus* „pietricică").

• Proces psihic specializat, cu ajutorul căruia omul poate combina elementele unei mulțimi, utilizînd un sistem de reguli. Capacitatea de a calcula este dobîndită în procesul de edu-

Scanned with OKEN Scanner

cație și constituie o funcție psihică bine conturată, avînd probabil un substrat anatomo-funcțional, cu un anumit grad de specializare. Leziunile acestuia duc la tulburări specifice și uneori circumscrise numai la perturbarea capacității de calcul. Există mai multe tipuri de calcul, în funcție de sistemul de reguli utilizat și de caracteristicile elementelor asupra cărora se aplică regulile respective: calculul aritmetic, care utilizează ca sistem de reguli, operațiile aritmetice aplicate asupra numerelor; calcul diferențial; calcul integral; calcul logic (cu subvariantele de calcul matriceal, calcul al propozițiilor și calcul al predicatelor). Calculul aritmetic este legat de noțiunea de număr, în special de număr natural. Afectarea posibilităților de calcul aritmetic se poate manifesta în sens deficitar: diminuarea capacității calculatorii din sindroamele deteriorative, unde este un simptom precoce, și abolirea ei (acalculie), sau în exces: calculatorii prodigioși; tendința obsedantă de a calcula (aritmomanie).

30. **CALCULATORI DE CALENDARE** (fr. *calculateur*) ● Subiecți aparținînd din punct de vedere al QI grupei debilității mintale, care, avînd în fața ochilor un calendar pot efectua calcule deosebit de complicate, de exemplu: care zi din săptămînă corespunde unei anumite date, a cîta zi din lună corespunde unei anumite zile etc. Constituie o categorie aparte față de calculatorii prodigioși, iar asociația dintre cele două tipuri este destul de rară la același subiect.

31. **CALCULATORI PRODIGIOȘI** ● Indivizi posedînd de obicei un intelect la nivel de debilitate mintală, școlarizați sau nu, care sînt în stare să efectueze calcule aritmetice spectaculoase, chiar complexe, cu mai multe cifre, dînd rezultatul pe loc. Aceste performanțe au îndreptățit și numele dat acestor subiecți — „idioții savanți". POROT este de părere că suportul acestui fenomen ar consta în existența unui tip special de memorie, bazat pe procedee mnemotehnice (există și excepții de la regulă: indivizi superdotați pentru matematică).

32. **CALENTURA** ● Formă a delirului furios, care nu mai prezintă astăzi decît interes istoric, constînd — după NYSTEN — în dorința morbidă (și chiar trecere la act) de aruncare în mare a unor navigatori care traversează zonele toride. RÉGIS consideră că această entitate a psihiatriei clasice nu ar fi decît o formă de evoluție pe care o poate lua uneori insolația. Drept argument aduce faptul că și în alte psihoze toxice cu halucinații terifiante există acțiuni de aspect impulsiv, anxietatea și confuzia fiind cele care fac subiectul să se arunce în mare în încercarea de a scăpa de percepțiile halucinatorii. Condițiile actuale de navigație, ca ambianță și durată, au redus această manifestare la condiția scorbutului care, în cazul celor ce străbat apele, *„a fost, este posibil, dar nu se mai întîlnește"*.

33. **CALITATE** (fr. *qualité*; cf. lat. *qualitas*) ● Totalitatea atributelor esențiale prin care o anumită realitate este ceea ce este și nu altceva, însușirile prin care este posibilă identitatea specifică a unui obiect sau proces. Prin calitate, un lucru se individualizează și se deosebește de altele, iar schimbarea calitativă înseamnă o transformare radicală a obiectului, trecerea lui într-o altă formă de existență și dobîndirea unei noi identități, caracterizată prin altă structură și prin alte proprietăți. Între anumite limite de stabilitate, orice calitate se corelează cu variații cantitative specifice, care nu modifică în mod esențial identitatea obiectului. Prin depășirea anumitor praguri critice, creșterea sau descreșterea cantitativă determină schimbarea calității și trecerea obiectului într-o nouă formă de existență.

În logică, desemnează proprietatea judecăților predictive de a fi afirmativă (cele care enunță apartenența unei proprietăți la un obiect) sau negativă (cele care enunță neapartenența unei proprietăți la un obiect). În această accepțiune, calitatea reprezintă unul din criteriile de clasificare a judecăților predicative.

34. **CALM** (fr. *calme*; ital. *calmo*) ● Stare caracterizată printr-un echilibru optim al funcționalității tuturor proceselor psihice, realizată prin intervenția eficientă a mecanismului de autocontrol și evaluare, estimarea corectă a unei situații și a consecințelor ei. Starea de calm favorizează claritatea proceselor perceptuale, corectitudinea integrărilor, performanțe maxime ale proceselor operațional logice, creînd premisele luării unor decizii oportune situației date, precum și mobilizarea substratului dinamico-energetic al afectivității, prin eliminarea stărilor extreme de panică, disperare, deznădejde care dezorganizează psihismul. A fi și a reacționa calm, „stăpîn pe sine", este rezultatul adaptabilității suple și armonioase la condițiile ambientale, la situațiile profesionale, de viață în general. La atingerea acestei stări de echilibru se ajunge printr-un anumit nivel de cunoaștere, dobîndit prin învățare și experiență (pentru primitivi, de exemplu, trăznetul poate fi o

situație catastrofală, care determină un comportament disproporționat, de panică, pentru că el nu știe ce este în realitate acest fenomen, și nici cum se poate apăra de el).

În psihiatrie, este importantă decelarea stării de „calm aparent", afișată de depresivul care poate disimula astfel intențiile sale suicidare, precum și a *„calmului discordantului"* — în realitate, detașarea lui totală.

35. **CALMANT** (cf. gr. *kalma* „căldură înăbușitoare") — sin. SEDATIV • Medicament care are drept efect terapeutic starea de calm psihologic. Termenul mai este utilizat și pentru medicamentele care liniștesc durerea (antialgice) ; datorită sensului prea vag, cunoaște mai mult o utilizare populară. În psihiatrie, PSIHOLEPTICELE realizează efectul calmant prin inhibarea anumitor funcții ale sistemului nervos central.

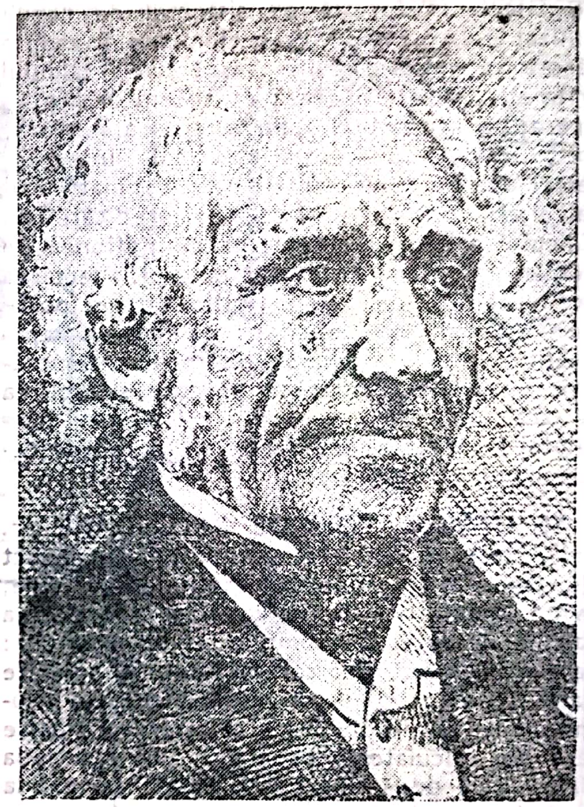
36. **CALMAX(M)** Portugalia — DCI *Meprobamat* • Tranchilizant, derivat propandiolic sin. → MEPROBAMAT(M) România.

37. **CALMAZINE(M)** Australia — DCI *Trifluoperazină* • Neuroleptic, derivat fenotiazinic ; sin. → ; TRIFLUOPERAZIN(M) România.

38. **CALMEIL(D/S)** — delir/sindrom — sin: DELIR ACUT IDIOPATIC ; PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ TOULOUSE-MARCHAND-COURTOIS ; SINDROMUL DE CONFUZIE MALIGNĂ • Descris în 1858 de către autorul al cărui nume îl poartă, având drept caracteristici : confuzia mintală gravă cu halucinații, anxietate extremă, agitație psihomotorie intensă și dezordonată (care impune imobilizarea bolnavului), deshidratare (datorită epuizării și refuzului de lichide), oligurie, hipertermie, hiperazotemie (semn patognomic, cu peste 1 g‰).

Se descrie o formă primitivă (de etiopatologie necunoscută) și una secundară (în psihoze, stări infecțioase, toxice — PGP, septicemii, gripă, puerperalitate, după intervenții chirurgicale etc.). Patologia nu este încă elucidată: „toleranța nervoasă" la factorii toxici și infecțioși (L. MARCHAND), complicație a sindromului general de adaptare (AUBIN, LÔO), hiperexcitabilitate talamo-hipotalamică (MALOHOV). Terapiile actuale (hidratarea, alimentația parenterală, neurolepticele, antibioticele, corticoterapia) au schimbat prognosticul letal al delirului acut.

39. **CALMEIL Louis-Florentin** (1798—1895) • Psihiatru francez. Urmează studiile de medicină la Paris, beneficiind de dascăli celebri : DUPUYTREN, ROSTAN, ESQUIROL, FEVEUS, FOVILLE ; lasă psihiatriei termenul



Louis Calmeil

de ABSENȚĂ EPILEPTICĂ, înțelegînd prin aceasta pierderile de cunoștință de scurtă durată apărute la epileptici ; termenul a fost descris în „Dictionnaire de sciences medicales" al lui RAUCKOUKE și DECHAMBRE, la care a colaborat și prin descrierea delirului care-i poartă numele (1858). A fost un inamic declarat al teoriilor lui BAYLE privind etiopatogenia PGP. Principala sa lucrare : „De la folie considerée sous le point de voue pathologique, phylosophique, historique et judiciaire".

40. **CALMODEN(M)** Anglia — DCI *Clordiazepoxid* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic sin. → NAPOTON(M) România.

41. **CALMONAL(M)** R.F.G. — DCI *Meclozină* • Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-pi-

Scanned with OKEN Scanner

perazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

42. CALMOTAL(M) Italia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

43. CALMOVITA(M) Brazilia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

44. CALMPOSE(M) India ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

45. CALODAL(M) R.F.G. — DCI *Mesoridazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)-etil/-2-(metilsulfinil)-fenotiazină, cu bună acțiune sedativă și modeste efecte secundare, fapt ce-i conferă o largă utilizare și, în același timp, îi determină pe unii autori să-l considere situat la limita dintre NL și tranchilizante.

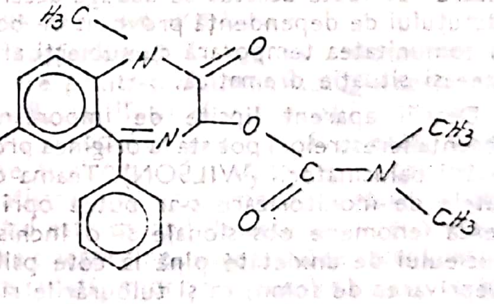
46. CALOS(S) *sindrom* (cf. lat. *callum* „bătătură, întăritură") ● Corpul calos este o formațiune lamelară, alcătuită din substanța albă care realizează legătura, conexiunea morfologică și funcțională a ariilor corticale simetrice a celor două emisfere, avînd și un posibil rol facilitator al reactivității cortexului cerebral. Leziunile corpului calos cunosc o etiologie variabilă : agenezia corpului calos (compensată, uneori, de funcționalitatea celorlalte comisuri interemisferice) coexistînd, de obicei, cu alte malformații, cu comițialitate și debilitate mintală ; leziunile vasculare, constînd din ramolismente mai mult sau mai puțin intense ; leziunile tumorale, de obicei glioame care invadează întreaga formațiune, extinzîndu-se asupra emisferelor și trunchiului cerebral ; necroza centrală a corpului calos (boala Marchiafawa-Bignami), secționarea chirurgicală a comisurilor interemisferice, practicată în anumite forme de epilepsie. Oricare ar fi etiologia leziunii, în simptomatologia clinică se pot sistematiza semne neurologice și psihice descrise sub denumirea de sindrom calos.

Simptomatologia neurologică este de tip apraxo-agnozic, prin întreruperea căilor de conducere spre emisfere. Tulburările motorii și de echilibru produse sînt datorate unor leziuni extracaloase coexistente.

Simptomatologia psihică, datorată nu numai lezării exclusive a corpului calos (de obicei, leziunea strict circumscrisă este rară, ea fiind asociată și cu leziuni extracaloase), constă dintr-o dispoziție afectivă labilă (de la iritabilitate, euforie, la indiferență), diminuarea capacității de rezonanță afectivă la stimulii exteriori. Se adaugă simptomatologie de modificare a gîndirii (elaborare, operare) scăderea atenției și a funcțiilor mnezice, care însă sînt nespecifice.

47. CALSMIN(M) Japonia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

48. CAMAZEPAM(DCI) ● Principiul activ al unei serii benzodiazepinice de tranchilizante de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetil carbamat (ester), cu acțiune (sau indicații) sedativ-anxio-



litică. Contraindicații în : miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool. În practica curentă sînt cunoscuți următorii produși farmaceutici :

ALBEGO(M)	R.F.G.	NEBOLAN(M)	India
AMOTRIL(M)	Grecia	PANEVRIL(M)	Portugalia
LIMPIDON(M)	Italia	PAXOR(M)	Belgia

49. CAMCOLIT(M) Anglia — DCI *Litium carbonate* ● Timoizoleptic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARBONAT DE LITIU(M) România.

Scanned with OKEN Scanner

50. CAMERĂ CU POZITRONI ● Metodă modernă de investigaţie, folosită în psihiatria experimentală, prin care se pot urmări traiectul şi transformările suferite în organism de o substanţă administrată. Principiul metodei se bazează pe urmărirea emisiilor de pozitroni din atomii emitători, incorporaţi în substanţa ce trebuie studiată (medicament, mezotransmiţători). Se pot urmări astfel trecerea la nivelul barierei hematoencefalice, localizarea preferenţială în anumite zone ale creierului etc. Prin această metodă s-a putut demonstra că în schizofrenia paranoidă există, la nivelul lobilor frontali şi occipitali, o deficienţă de utilizare a glucozei ; în demenţe s-a evidenţiat o diminuare a sintezei proteice, proporţională cu modificările performanţiale. Metoda este extrem de costisitoare, motiv pentru care utilizarea ei este restrînsă.

51. CAMERĂ DE REANIMARE(S) *sindrom* ● Apariţia unităţilor moderne de terapie intensivă dintr-o serie de specialităţi chirurgicale sau medicale a făcut ca o serie de autori să vorbească despre un veritabil sindrom psihiatric declanşat de stresul pe care acestea îl realizează. Factorii incriminaţi sînt fenomenul de deprivare senzorială, izolarea socială, reducerea relaţiilor interumane, artificializarea funcţiilor vitale (alimentaţie, excreţie), robotizarea organismului, devenit subiect de control şi monitorizare. La toate acestea se adaugă accentuarea statutului de dependenţă provocat de boală, ca şi comunitatea temporară cu subiecţi aflaţi în aceeaşi situaţie dramatică.

Detalii aparent lipsite de importanţă (ca absenţa ferestrelor) pot sta la originea productivităţii halucinatorii (WILSON). Teama că aparatele de monitorizare s-ar putea opri generează fenomene obsesionale şi o închistare a nucleului de anxietate pînă la cote psihotice. Deprivarea de somn, ca şi tulburările ritmului somn-veghe, pot genera stări confuzionale sau reacţii afective psihotice.

Fără a constitui o entitate psihiatrică, sindromul camerei de reanimare atrage atenţia asupra genezei unor importante tulburări psihice, legate de modificarea relaţiilor interumane, de neglijarea relaţiei medic-pacient.

52. CAMPINE(H) *halucinaţii* (cf. lat. *campus* „cîmp") ● Termen folosit pentru a desemna situarea halucinaţiilor (vizuale, auditive) în cîmpul de percepţie auditiv sau vizual normal.

53. CAMPTOCORMIE (cf. gr. *kamptos* „încovoiat" ş *kormos* „trunchi") — sin. CAMPOSPASM ● Poziţie vicioasă a trunchiului, prin anteflexie permanentă (trunchiul este paralel cu solul — poziţia antropoidă), cu membrele superioare atîrnînd, dureri lombare determinate de o contractură musculară de origine isterică, parkinsoniană sau prin afecţiuni organice ale coloanei vertebrale. Termenul a fost introdus de SOUQUES, în 1915, după ce BRODIE descrisese manifestările caracteristice acestui fenomen. În marea majoritate a cazurilor se poate pune în evidenţă legătura nemijlocită cu un factor psihotraumatizant. În prezent este rar întîlnită, iniţial fiind frecvent observată la soldaţi (din motive lesne de înţeles) şi considerate drept o manifestare exclusiv a sexului masculin.

54. CANABISM (cf. gr. *kannabis* „cînepă") ● Intoxicaţia cu extracte de cînepă indiană. Cea mai poetică descriere a intoxicaţiei cu haşiş, citată de aproape toate tratatele de psihiatrie, îi aparţine lui BAUDELAIRE, care, alături de GAUTIER, DAUMIER, FLAUBERT, DELACROIX etc., era membru în „Club des Hachichins" (Insula Saint Louis) : „Mai întîi, vă cuprinde o oarecare ilaritate, ciudată, irezistibilă, o veselie nemotivată". Cuvintele cele mai simple, ideile cele mai triviale capătă o fizionomie nouă şi bizară, apoi o stranie senzaţie de răcoare începe să se facă simţită, mai ales la extremităţile corpului. Haşişomanul cade într-o stare de apatie, ochii îi sînt măriţi peste măsură, o paloare maladivă îi inundă obrajii. O stare de sufocare obligă „pieptul la eforturi supraomeneşti şi, din cînd în cînd, un fior fulgeră trupul, silind la mişcări necontrolate, tresăriri, zvîcniri", pentru a urma faza în care „proporţiile timpului şi ale existenţei sînt complet dereglate". S-ar zice că, în intervalul unei ore, se trăieşte viaţa mai multor oameni dintr-o dată.

Istoria canabismului este însă mult mai veche, existînd documente care atestă folosirea haşişului de către şeicul Djabal, în secolul al XI-lea e.n., pentru a obţine o totală subordonare a servitorilor (chiar comiterea crimelor) ; canabismul a fost practicat, de asemenea, din aceeaşi perioadă, nu numai în Orient, ci şi în bazinul Mediteranei, pentru „*cucerirea*" Occidentului în a doua jumătate a secolului nostru.

Cînepa (Cannabis Sativa) este o plantă care prezintă mai multe variante, în funcţie de locul şi modul de cultivare. Pentru problema în discuţie, interesează varietatea Cannabis Indica, originară din Asia Centrală şi Africa de Nord, a cărei cultivare a fost apoi extinsă în bazinul Mediteranei. Din Cannabis Indica se extrag produsele toxicomanice : din vîrfurile florale aglutinate cu răşina excretată de acestea se extrage haşişul, din tijele uscate se extrage marihuana

etc. Denumirea stupefiantului este diferită, după zona geografică : „banc, habak" în țările Orientului ; „takrauri" în Tunisia ; „kif" în Algeria și Maroc etc. Substanța activă din toate aceste produse este tetra-hidro-canabiolul

Bergerac

(THC), care își exercită acțiunea asupra sistemului nervos prin produșii săi de metabolism, foarte solubili în grăsimi, acumulîndu-se în țesuturile adipoase, de unde eliminarea este foarte lentă (timpul de înjumătățire, în plasmă, este de 3—4 zile, iar în țesutul adipos, de 8 zile). În absint (băutura „en vogue" în perioada impresionistă, de gloriea Montmartre-ului): se găsește o substanță — thujone —, a cărei structură chimică este sensibil apropiată de cea a canabiolului.

Conținutul în THC al diverselor produse este diferit : în marihuana (care se fumează în amestec cu o cantitate de tutun — „joint") — de 8%, pentru ca să ajungă la 60% în chiro, hașiș (sub formă de lichid sau ulei de hașiș, folosit sub formă injectabilă — mai rar — sau per os). Preparatele farmaceutice folosite ca analgezice și narcotice sînt astăzi căzute în desuetudine.

S-a descris și un „cabanism profesional", la muncitorii care manipulau cînepa textilă, caracterizat prin alternanța stării de excitație ebrioasă cu o stare de somnolență. După 1953, acest tip de intoxicație a devenit extrem de rar.

Acțiunea stupefiantului se exercită asupra cortextului cerebral, ceea ce i-a determinat pe RICHET și DEMOEL să denumească produsele toxicomanice „otrava inteligenței". Prima descriere clinică a intoxicației acute, realizată în 1840, îi aparține lui MOREAU DE TOURS, unul dintre primii care a atras atenția asupra periculozității produșilor extrași din Cannabis, pentru că mult timp utilizarea acestor produși a fost considerată inofensivă. Ca la orice substanță cu potențial toxicomanic, se descriu : intoxicația acută și intoxicația cronică.

Intoxicația acută se desfășoară în patru faze : faza de excitație euforică, faza confuzională, faza de extaz și faza de somn.

Faza de excitație euforică se caracterizează prin apariția unei stări de bună dispoziție, ilaritate nemotivată, slăbire a instanțelor superioare de control, ceea ce conduce la o lipsă de control și la realizarea actelor și acțiunilor cu perceperea ambianței ca „nouă și bizară". Toxicomanul păstrează totuși o stare de obiectivitate, „asistînd" parcă din afară la ceea ce i se întîmplă. În această primă fază, se instalează disvegetoza (tahicardie, tahipnee, hiperestezie), care se va accentua în fazele următoare.

Faza confuzională — cea de a doua fază — se traduce printr-o simptomatologie senzitivo-senzorială, cu iluzii și halucinații senzitive și motorii, disocierea conștiinței (aceeași care-i permite toxicomanului să asiste la propriile-i automatisme instinctivo-motorii), stare în care subiectul este capabil de acte auto- și hetero-agresive ; dezordinea vegetativă se accentuează : paloare facială, midriază, senzație de sufocare și constricție toracică, precum și o hiperactivitate neuro-musculară cu „mișcări necontrolate".

Faza de extaz oniric se desfășoară pe fondul unei stări de somnolență, constînd din apariția productivității psihotice, cu derularea scenelor onirice, dilatarea timpului, dedublarea personalității. După cîteva ore, se instalează ultima dintre fazele intoxicației acute, faza de somn, de durată variabilă și fără efecte reconfortante, trezirea făcîndu-se cu o stare de disconfort, apatie, adinamie.

Au existat păreri (extrem de controversate, considerate astăzi ca discutabile) că THC ar avea posibilitatea de eliberare a potențialului homicidar preexistent. Această idee a apărut ca urmare a legendei orientale în care se povestește că șeicul Djabal administra hașiș celor bănuiți de intenții asasine. În cursul intoxicației acute,

Scanned with OKEN Scanner

pe fondul disocierii stării de conştienţă, a sciziunii dintre judecată şi act, de dezorientare şi depersonalizare, pot apărea acte auto- şi heteroagresive, care ţin de aceste profunde dezorganizări ale psihismului şi nu de eliberarea unui potenţial homicidar, însăşi existenţa unui asemenea potenţial fiind discutabilă.

Spre deosebire de alte substanţe cu potenţial toxicomanic, în cazul produşilor de Cannabis, toleranţa se instalează mai lent, creşterea dozelor se face mai încet, dependenţa este mai puţin tiranică decît în cazul opiaceelor, fenomenele de sevraj sînt „mai blînde". Aceasta nu exclude însă decăderea psihofizică şi eticomorală, deteriorarea intelectuală, fenomene care apar în cazul intoxicaţiei cronice. La acest stadiu de deteriorare ajung mai repede fumătorii frunzelor de Cannabis: fumul acestora conţine mai mult de 2000 de produse toxice (oxid de carbon, cianuri, substanţe cancerigene — nitrozamide, compuşi policiclici — hidrocarbonaţi).

Haşişomanul apare ca apatic, indolent, indiferent, în stare de „ruină fizică" (prin denutriţie şi avitaminoză), avînd ca singură preocupare procurarea drogului. Pe fondul acestei stări de apatie şi indolenţă nu este însă exclusă apariţia episoadelor acute psihotice, *„eclipse psihotice"*, cu acte de violenţă, fugi, acţiuni clastice auto- şi heteroagresive. H. AUBIN insistă şi asupra posibilităţilor de apariţie a psihozelor cronice. Episoadele confuzionale de tip acut sau subacut se remit, dar personalitatea haşişomanului rămîne profund şi definitiv alterată, apărînd : discordanţă, atipie, reminiscenţe onirice cu teme delirante sărace şi, în final, deteriorarea intelectuală de aspect demenţial — tulburări care, după KOLANSKY şi MOORE, sînt reversibile în 6—9 luni după sevraj şi tratament, după depăşirea acestei perioade însă, modificările induse devenind ireversibile. CAMPBELL a descris — pe encefalografiile gazoase — apariţia unei atrofii cerebrale.

În afară de efectele prezentate mai sus, MAHAS şi colaboratorii au descris, în 1973, acţiunea de deprimare pe care produşii de Cannabis o exercită asupra imunităţii celulare, determinînd scăderea importantă a rezistenţei faţă de agresiunile microbiene şi neoplazice. Tratamentul constă, ca şi în cazul celorlalte toxicomanii, în izolare, sevraj (care nu se acompaniază de fenomene critice severe) → TOXICOMANII.

55. **CANAZEPAM**(M) Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de DIAZEPAM(M).

56. **CANCEROFOBIE**(F) (cf. lat. *cancer* „rac" şi gr. *phobos* „frică") ● Teamă morbidă, nejustificată, de cancer. Apare destul de frecvent în patologia psihiatrică, de obicei drept urmare a unei lipse de instrucţie corespunzătoare sau a unei structuri particulare a personalităţii (ca şi în cazul tuberculozei, cu 50 de ani în urmă), dar în adevăratul sens al fobiei, numai în cazul nevrozei fobice şi în cel al unor dezvoltări hipocondrice, nu foarte rare, dar nici atit de frecvente ca, în trecut, bacilofobia.

57. **CANIBALIC** (cf. fr. *cannibale*) ● În sens psihanalitic, conform concepţiei lui K. ABRAHAM, reprezintă stadiul oral secund sinonim cu

Goya

stadiul sadic anal. Termenul este utilizat cu sensul de :

- Calificativ al relaţiei cu obiectul din stadiul sadic-oral, relaţia ambivalentă rezultînd din uniunea libidoului cu agresivitatea, din clivajul obiectului în „bun"

şi „rău". Incorporarea orală semnifică: dragoste, distrugere, conservare în sine, însuşirea calităţii obiectului şi reprezintă forma primitivă a introiecţiei (S. FREUD „Totem şi tabu", „Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii").

● Fantasma orală, putînd să persiste dincolo de stadiul oral. Sub acţiunea mecanismelor de apărare (proiecţie, deplasare), duce la teama de contraagresiune similară → TOTEM, TABU, ORAL, STADII LIBIDINALE.

58. CANIRAMIN(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinamic esterificat reserpină, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

59. CANNON Walter Bradford (1871—1945) ● Psiholog american, cu contribuţii în conturarea teoriei foamei, a emoţiei şi a stres-ului, evidenţiind modificări neuro-vegetative adaptative ale organismului în situaţiile date. A contribuit la formularea teoriei homeostatice, considerînd aceste mecanisme drept adaptative.

60. CANTITATE (cf. lat. *quantitas*) ● Categorie ce desemnează gradul de dezvoltare şi afirmare a unor determinări calitative. Numărul fiind „expresia pură a cantităţii" (ENGELS), estimările cantitative precise presupun expresia numerică a adiţiunii unor unităţi de măsură (de întindere, suprafaţă, volum, masă, durată, temperatură etc.). Atunci cînd nu există posibilitatea aplicării unui etalon pe un continuum calitativ omogen, estimările cantitative sînt mai puţin precise, dar se pot emite sub forma unor aprecieri relative, care exprimă gradul de realizare a unei calităţi în două sau mai multe realităţi comparabile. Prin depăşirea anumitor limite, obiectiv prescrise de esenţa fenomenului, creşterea sau descreşterea cantitativă determină schimbarea calităţii şi trecerea obiectului într-o nouă formă de existenţă. Unitatea dialectică dintre cantitate şi calitate îşi găseşte expresia în categoria filozofică de măsură şi în legea trecerii variaţiilor cantitative în transformări calitative.

În sens logic, reprezintă criteriul de clasificare a judecăţilor predicative după mulţimea indivizilor care alcătuiesc sfera noţiunii de subiect la care se referă predicaţia. După cantitate, judecăţile predicative se împart în: judecăţi singulare (acelea în care predicatul se raportează la un singur individ, de exemplu: „acest om este profesor"); judecăţi particulare (acelea în care predicatul se afirmă ori se neagă în legătură cu o parte dintre indivizii unei clase, de exemplu: „unii oameni sînt blonzi"); judecăţi universale (în care predicatul se referă la toţi indivizii dintr-o clasă, de exemplu: „toţi oamenii sînt muritori").

61. CANTOR(M) Franţa — DCI *Minoprină* ● Psihotrop recent introdus în practică, de tip 4-/2-/(4-metil-6-fenil-3-piridazinil)amino/etil/morfolină, cu acţiune anxiolitică şi sedativă şi valenţe antidepresive.

62. CAP SCOŢIAN(S) *sindrom* ● Tulburări de memorie care survin ulterior unui consum exagerat de alcool, descrise sub acest nume, semnificativ în psihiatria insulară.

Este mai frecvent, după opinia autorilor, la soţii uşuratici, care nu-şi pot aminti exact unde şi-au oprit „avansurile" la petrecerea din seara anterioară. Vrînd să verifice autenticitatea acestor „uitări", KALIN (1964) a organizat un experiment riguros, care a arătat o netă diferenţă între numărul de evenimente care pot fi reproduse sub influenţa alcoolului şi în afara influenţei acestuia. Subiecţii care au consumat alcool îşi aminteau mult mai multe povestiri cu caracter sexual dintre cele relatate anterior ingestiei alcoolice, decît cei care nu au consumat deloc alcool. De asemenea, povestirile supraîncărcate afectiv erau mai des relatate. „*Adevărul*" din alcool s-a dovedit a fi, şi cu ocazia acestui experiment, o simplă licenţă.

63. CAPACITATE (cf. lat. *capacitas*) ● Ansamblu de însuşiri psihice, ce pot determina reuşita sau performanţa unui subiect în efectuarea unei activităţi (respectiv, în exercitarea unei profesiuni). Reflectă parametri psihologici generali şi specifici pentru acelaşi subiect, măsurabili cu ajutorul testelor (exemplu: inteligenţa, rapiditatea perceptivă, volumul şi fidelitatea evocărilor, spaţialitatea, fluiditatea verbală, flexibilitatea operaţională etc.). În cazul cînd reflectă o însuşire de grup, capacitatea nu se reduce la suma disponibilităţilor individuale, ci este un efect conjugat al interacţiunilor personale, al complementării eforturilor, motivaţiilor şi experienţelor acumulate de grup. Rezultantă plurifactorială determinată de aptitudini, de gradul de maturizare a personalităţii, de învăţare şi exerciţiu, capacitatea se demonstrează direct, prin fapte, prin rezultate cuantificabile. Poate fi educată, dezvoltată prin exerciţii sau se poate „atrofia" prin insuficienta utilizare, factor mai des implicat decît diminuarea fiziologică, legată de vîrstă. Măsurarea capacităţilor intelectuale şi senzorio-motorii cu ajutorul testelor la adolescenţi, de

exemplu, este deosebit de utilă psihologilor în activitatea de orientare școlară și profesională.

64. CAPACITATE CIVILĂ • Aptitudine a persoanelor fizice (care au discernămîntul intact) și juridice de a avea drepturi și obligații de natură civilă, de a deveni subiecte de drept, într-un raport juridic civil. Este recunoscută, în mod egal, oricărei persoane fizice majore și indemne din punctul de vedere al facultăților psihice, indiferent de sex, naționalitate, religie, apartenență culturală sau socială, condiții care nu o influențează în nici un fel. Prezintă două aspecte : capacitatea de folosință și capacitatea de exercițiu. Capacitatea civilă, cu cele două forme ale sale, este un dat firesc, la care nu se poate renunța total sau parțial din proprie inițiativă. Capacitatea de folosință nu poate fi îngrădită prin capacitatea de exercițiu ridicată, total sau parțial, decît în cazurile și în condițiile stabilite de lege. Cînd una dintre aceste condiții se datorează unei afectări a discernămîntului, determinată de nedezvoltare, regresiune deteriorativ-demențială sau proces psihotic grav, acest fapt se stabilește printr-o expertiză medico-legală psihiatrică → ALIENAȚIE MINTALĂ CRONICĂ, CĂSĂTORIE.

65. CAPACITATE DE EXERCIȚIU • Latură a capacității juridice a persoanei civile, ce constă în aptitudinea acesteia de a-și exercita singură drepturile și de a-și asuma obligații, săvîrșind acte juridice proprii ; are un caracter subiectiv, derivat însă și subordonat caracterului obiectiv-determinat al capacității juridice. Presupune maturitatea capacităților cognitiv-intelectuale sau, cel puțin, apariția gîndirii abstracte și formal-logice, care, integrate experienței proprii de viață, permit înțelegerea însemnătății consecințelor acțiunilor, inacțiunilor și faptelor proprii. De aceea, minorul sub 14 ani nu are capacitate de exercițiu, ca și indivizii al căror discernămînt este pierdut. Capacitatea de exercițiu deplină începe la vîrsta de 18 ani, iar capacitatea de exercițiu restrînsă este dobîndită de minorul ce împlinește 14 ani, care poate încheia acte juridice cu încuviințarea prealabilă a reprezentanților legali (părinți-tutore). Minorul de 10 ani constituie o excepție, putînd consimți singur la înfierea sa → CURATELĂ, EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ, MINOR.

66. CAPACITATE JURIDICĂ • Aptitudine a persoanei fizice (civile) sau juridice de a avea drepturi sau obligații, de a-și exercita drepturile și de a-și asuma obligații, săvîrșind acte juridice proprii. Capacitatea juridică a persoanei fizice începe odată cu nașterea sa și se sfîrșește prin moartea sa. Prin definirea acestei noțiuni, persoana fizică are sensul cel mai larg posibil, care nu se identifică însă cu accepțiunea psihologică. Capacitatea juridică a persoanei fizice (civile) este determinată obiectiv de legile în vigoare, constituind statutul său juridic → CAPACITATE DE EXERCIȚIU, CAPACITATE DE A RĂSPUNDE.

67. CAPACITATE DE A RĂSPUNDE • Latură subiectivă a capacității juridice, derivată din caracterul obiectiv — determinat al acestuia, constînd în aptitudinea persoanei fizice (civile) de a răspunde în fața societății pentru faptele ilicite săvîrșite, de a evalua corect semnificația sancțiunilor juridice corespunzătoare acestor fapte și de a suporta consecințele negative ale aplicării acestor sancțiuni. Presupune integritatea capacităților congitiv-intelectuale și volițional-conative ale personalității mature, precum și o sumă de proprietăți juridice (legiferarea unor drepturi și, în special, obligații, aplicabile celor ce încalcă ordinea de drept). Capacitatea de a răspunde presupune existența discernămîntului → EXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ MEDICO-LEGALĂ, MINOR.

68. CAPGRAS-SÉRIEUX[(s)] *sindrom* — sin. ILUZIA SOSIILOR (Sosia este numele unui sclav al lui Amphitrion a cărui înfățișare a luat-o Mercur) • Sindrom definit de autorii al căror nume îl poartă, ca tip de delir caracterizat prin convingerea nestrămutată, ilogică, impenetrabilă la contraargumente, că o anumită persoană a fost înlocuită de altă persoană, asemănătoare cu aceasta, cu o sosie a ei ; ideea delirantă vizează persoane apropiate afectiv de subiect, dar uneori se poate extinde la mai multe persoane, la înlocuirea sosiei printr-o altă sosie și uneori chiar la convingerea că însuși subiectul a fost înlocuit cu o sosie. Sindromul se întîlnește în schizofrenie, deliruri cronice paranoiace, stări confuzionale și în afecțiuni psihice organice : epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, accidente vasculare cerebrale, etilism cronic.

69. CAPILAROZĂ RETINIANĂ (cf. lat. *capillus* „păr") • Efect descris, în 1968, de către DANC BEGU, ca semn obiectiv al pierderii memoriei recente. Constă în prezența unor puncte multiple, gălbui, dispuse în regiunea maculară a retinei (corespund unor mici zone de ramolisment, consecutive leziunilor vasculare), identice și paralele cu leziunile din vasele cerebrale aferente zonelor corticale ale memoriei → CIRCUITUL PAPEZ.

70. CAPRICIU (it. *capriccio* ; cf. lat. *capra* „*capră*") ● Manifestare comportamentală, caracterizată prin discrepanța dintre aspectul zgomotos spectacular și schimbător al actelor, dorințelor sau tendințelor unui individ și cauza minoră sau chiar absența unei motivații adecvate, generatoare.

Schimbarea „*ca din senin*" a comportamentului acestor persoane este valabilă atît pentru declanșarea, cît și pentru dispariția capriciului, durata sau repetarea sa ținînd în general cont de beneficiul secundar vizat din partea anturajului. Fiind o expresie a egocentrismului, a dorinței de a atrage atenția asupra sa, capriciozitatea este o trăsătură întîlnită la unii copii cu carențe educaționale (tipul „domnul Goe"), care ajung să-și tiranizeze propria familie cu prea numeroasele și fantezistele dorințe pe care le au. Așa-numitele capricii din perioada graviditătii nu sînt datorate modificărilor fiziologice pe care le suferă femeia în timpul sarcinii, ci reflectă, mai degrabă, trăsăturile unei personalități insuficient maturizate pe plan afectiv, cu hiperemotivitate și voință slabă, comportament de care, în mare parte, este responsabil anturajul, prin atitudinile sale de hiperprotecție și permisivitate.

Perioadele de surmenaj, de excitație (după consum de cafea, alcool) pot favoriza, chiar la persoane echilibrate, apariția tranzitorie a unor capricii. Acest comportament capricios devine însă preponderent la unele personalități dizarmonice (isterică, instabilă), afectîndu-le marcant capacitatea de adaptare la grupul familial sau social.

71. CAPRODAT[M] Suedia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamat isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.

72. CAPTAGON[M] Austria, Belgia, Franța, R.F.G. — DCI Fenetilină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 7-/2-(α-metilfenetil)-amină/etil/teofilină, indicat în astenii, tulburări de dinamică sexuală, adjuvant în combaterea efectelor secundare ale NL și anticonvulsivantelor, în tratamente de lungă durată ; cu o bună toleranță, se poate administra și la vîrstnici.

73. CAPTATIVITATE (cf. lat. *captare* „a încerca să prindă, a prinde") ● În sens psihologic, manieră egoistă de captare și menținere pentru sine a sentimentelor de tandrețe și afecțiune manifestate de cei din jur, specifice comportamentului juvenil. Această atitudine se regăsește și la vîrste adulte, tipic fiind cazul mamelor hiperprotectoare sau hiperafectuoase care, în mod conștient sau nu, îngrădesc sau blochează, prin comportarea lor abuzivă față de copii, dezvoltarea lor armonioasă, independentă.

74. CAPTIVITATE — *manifestări psihice* (cf. *captivitas* „captivitate, robie") ● Noțiune sinonimă cu cea de privare de libertate, prizonierat, care au reprezentat pentru psihiatrie circumstanțe de studiu al modului în care mediul poate acționa patogen asupra individului. Patologia captivității este tot atît de veche cît este și războiul cu implicațiile sale atît de complexe și negative asupra existenței omului, ca ființă, și a omenirii întregi. Psihozele carcerale au constituit obiectul descrierii unor psihiatri încă din secolul trecut, francezi, germani sau englezi (BAILLARGER, 1840 ; RUDIN, 1901 ; SIEFERT, 1907 ; PACTET și COLLIN, 1908 ; VILLINGER, 1920 ; HALBERSTADT, 1923 etc.).

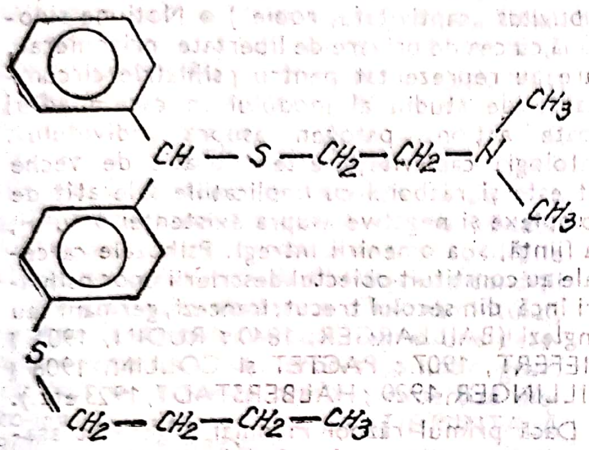
Dacă primul război mondial a generat așa-numitele „psihoze ale sîrmei ghimpate", cel de-al doilea, prin lagărele sale de concentrare și de prizonieri, a adus o serie de observații privind psihozele depresive, reactive și endogene, schizofrenia și unele simptome specifice, apărute mai ales la copiii și adolescenții deportați. Acestea sînt cunoscute sub numele de „stările astenice ale captivității" sau „psihozele nostalgice" (CARROT) sau „mania întoarcerii".

„Sindromul de hipermnezie emoțională paroxistică tardivă" (TARGOWLA, 1954) și „Anestezia afectivă" (MINKOWSKI, 1961) au reprezentat teme ale unor comunicări bazate pe studiul victimelor persecuției din lagărele de concentrare care, deși aflate ulterior în afara situațiilor psihotraumatizante generatoare ale tulburărilor psihice respective, au continuat să ridice probleme de ordin psihiatric sau medico-legal. Fără a se profila ca entități psihiatrice de sine stătătoare, modificările psihice descrise în timpul condițiilor de captivitate reprezintă, de fapt, circumstanțe psihopatologice, avînd același punct generic, dar încadrîndu-se în nozografia cunoscută.

75. CAPTODIAME[DCI] ● Derivat difenilmetan de tip 2-/p-(butiltio)-α-fenilbenziltio/-N,N-dimetiletilamină, cu acțiune anxiolitică și sedativă, cu valențe antihistaminice ; are o bună toleranță. Acțiunea sa este comparabil

cu cea a HIDROXIZINULUI. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

COVATIN$^{(M)}$ R.F.G. COVATRIX$^{(M)}$ Belgia
COVATINE$^{(M)}$ Franța SUVREN$^{(M)}$ S.U.A.
COVATIX$^{(M)}$ Belgia VOVATINE$^{(M)}$ Franța



76. CAPTOL$^{(M)}$ Australia — DCI *Oxprenolol* • Betablocant de tip 1-/0-(alliloxi)fenoxi/-3 (isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

77. CARACTER (cf. gr. *charakter* „semn, marcă") • Ansamblul însușirilor psihice integrate dinamic, stabile și permanente, care se manifestă într-un comportament, conferind o „amprentă" specifică fiecărui individ. După POPESCU-NEVEANU (1969), caracterul este „cea mai înaltă și sintetică formațiune a personalității... care rezultă din integrarea în anumite modalități de comportament și conduită a întregii experiențe de viață a omului". Caracterul poate fi descris, după TUCICOV-BOGDAN (1973), folosind trei noțiuni psihologice care, deși par sinonime, se referă la aspecte diferite : relația caracterială, definită ca o legătură a subiectului cu mediul social, care se manifestă prin prietenie, sinceritate, curaj, respect etc. ; atitudinea de caracter, cu aspect mult mai larg, traducînd un sistem de relații coerente, supuse unui determinism social-cultural ; trăsăturile caracteriale care derivă din tendințele structurale ale personalității și exprimă ce este specific în atitudinile și relațiile caracteriale : perseverență, instabilitate, răbdare, meticulozitate, suspiciune etc. Ceea ce caracterizează trăsăturile caracteriale este stabilitatea, modul lor constant de manifestare. Dintre însușirile psihice ale personalității, devin trăsături de caracter numai acelea care ocupă un loc dominant în structura persoanei și „exercită o influență constantă asupra modului de a gîndi, a simți și acționa al omului" (CHIRCHEV, 1976). O orientare aparte în definirea conceptului de caracter este cea a lui HEYMANS și WIERSMA, continuată de LA SENNE, BERGER și alții. Caracterul este privit ca „un ansamblu de dispoziții congenitale, care formează scheletul mintal al omului" ; „caracterul este un rezultat al eredității, fiind mai puțin sau deloc modificabil, este solid și permanent, asigurînd astfel identitatea structurală a individului și constituind fondul care condiționează evoluția sa psihologică" (LA SENNE, 1953). Reprezentanții acestui curent, plecînd de la trei dimensiuni fundamentale ale caracterului : emotivitate, activitate și primaritate/secundaritate, ajung, prin combinarea lor, la opt tipuri caracteriale, pe care le descriu amănunțit : nervos, sentimental, coleric, pasionat, sanguin, flegmatic, amorf și apatic. Deși s-a bucurat de o răspîndire destul de mare, caracteriologia lui HEYMANS și WIERSMA și-a diminuat mult influența, datorită, pe de o parte, fundamentării teoretice, care consideră tipurile caracteriale ca fiind ereditare și imuabile, iar pe de altă parte, datorită dificultăților de aplicare practică. Pentru depistarea, evaluarea și măsurarea trăsăturilor de caracter, pe lîngă observații, analiză biografică și analiză grafologică, sînt utilizate astăzi metode psihologice, sub forma chestionarelor, probelor proiective sau a celor de asociații și completare. Manifestarea unor însușiri cu caracter negativ într-o formă exagerată

Scanned with OKEN Scanner

şi în contradicţie cu normele sociale constituie o tulburare de caracter. Termenul de tulburări caracteriale se aplică mai ales copiilor şi adolescenţilor, dar şi adulţilor, desemnînd, într-un sens mai restrîns, tulburările de comportament. De cele mai multe ori, apărute ca un efect al unor condiţii familiale şi sociale nefavorabile, ca o carenţă a procesului instructiv-educativ sau ca o urmare a dezvoltării însăşi, tulburările caracteriale se pot modifica sub influenţa unor factori ocupaţionali, educaţionali sau terapeutici, sau se pot remite spontan.

78. **CARACTER ANAL** ● Descris şi interpretat de FREUD, constituie o preocupare şi pentru ABRAHAM, FERENCZI şi SADGER, după a căror opinie îi sînt specifice (cu sens de simbol), nevoia imperioasă de curăţenie, ataşament şi scrupulozitate faţă de principiile morale, perseverenţa, dar şi un grad crescut de rigiditate → ANAL.

79. **CARACTERIOGRAMĂ** (cf. gr. *charakter* ; *gramma* „text, scrisoare") ● Formulă de exprimare cantitativă a trăsăturilor caracteriale individuale, bazată pe cotarea unei scale cu zece elemente, cu ajutorul cărora se identifică radicalii caracteriologici.

Noţiunea de radical, introdusă de EWALD (1924), se referă la diversitatea particularităţilor caracteriale individuale, analizate în contextul reacţional comportamental şi al trăirilor. Autorul deosebeşte şase tipuri de radicali caracteriali :

- posibilitatea de a fixa în conştiinţă trăiri elaborate (sentimente, pasiuni) ;
- capacitatea de păstrare a acestor trăiri în conştiinţă ;
- posibilitatea diferenţierii impresiilor de trăiri legate de pulsiunile primitive le Eului ;
- posibilitatea de control al pulsiunilor ;
- controlul intelectual, ca moderator al trăirilor ;
- posibilitatea de comunicare a trăirilor, de care depinde caracterul stenic sau astenic al individului.

Autorul consideră caracteriograma ca o metodă predictivă a potenţialului reactiv al individului.

80. **CARACTERIOPATIE** (cf. gr. *charakter* ; *pathos* „încercare, experienţă") ● Termen propriu literaturii psihiatrice franceze, corespunzător „personalităţii psihopatice" sau personalităţii dizarmonic structurate. Îşi are originea în lucrările lui MAGNAN, DUPRÉ, DELMAS, FLEURI, ale căror descrieri de personalităţi „congenital anormale" evidenţiau prezenţa unor tulburări ale temperamentului şi caracterului — aşa-numiţii „perverşi constituţionali". Încercînd o apropiere a clasicelor accepţiuni de anomalii caracteriale şi dezechilibru psihic, H. EY admite prevalenţa în circulaţie a termenului de personalităţi psihopatice (1978), termenul de caracteriopatii rămînînd de interes istoric. Cu toate acestea, în recenta lucrare elaborată sub redacţia lui A. POROT (1980), tulburările caracteriale se referă la încercările de clasificare tipologică şi la modificările pe care le poate suferi un caracter normal sub influenţa unui proces morbid.

În afara condiţiilor bio-psihologice cu efect transformator asupra caracterului, din timpul unor afecţiuni intercurente, pubertăţii, ciclului menstrual, gravidităţii şi menopauzei, senescenţei, autorii francezi descriu acele „caractere anormale" prin naştere (analoge psihopatiei de nucleu a autorilor germani) şi caracteriopatiile dobîndite (corespunzătoare psihopatiilor marginale). În cadrul primei categorii, sînt incluşi paranoicii, geloşii, impulsivii, cu varianta extremă — epileptoizii —, şi caracterele slabe, predispuse la acte de delincvenţă ; a doua categorie include modificările caracteriale din nevroze, din sindromul psiho-organic acut sau cronic şi din cadrul schizoidiei. Tot aici, autorii francezi introduc tulburările de caracter evoluînd pe fundalul afectării grave a timiei şi comportamentului, din psihoza maniaco-depresivă, psihoze delirante cronice, demenţe, ca şi din stările psihopatoide. Dintre clasificările caracteriopatiilor, sînt de reţinut cele care enumeră tipurile : emotive, ciclotimice, astenice, instabile, epileptoide, schizoide, regresate afectiv, isterice, paranoiace, perverse.

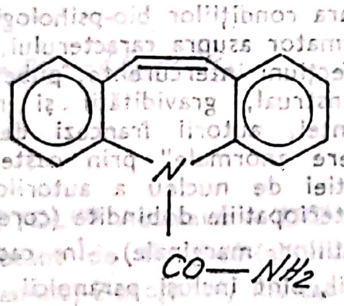
81. **CARACTERISTICĂ** (fr. *caractéristique* ; cf. gr. *charakter*) ● Atribut predominant, propriu unei fiinţe, unui lucru, proces etc. ; însuşire tipică. În statistica matematică şi biostatistică, defineşte atributele tipice ale variantei.

Scanned with OKEN Scanner

82. **CARBADIN**(M) Mexic — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol-1-carbamat, cu acțiune predominent miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice secundare.

83. **CARBAGRETIL**(M) Mexic → CARBAMAZEPINE(DCI).

84. **CARBAMAZEPINE**(DCI) ● Derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică. Indicat în: epilepsie grand mal psihomotorie, stări depresive interaccesuale, alcoolism cronic, sevraj alcoolic, stări psihopatoide, nevralgie de trigemen, cefalee rebelă. Efecte secundare: inapetență, ataxie, somnolență, leucopenie, agranulocitoză. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic. Contraindicațiile



sînt cele ale antidepresivelor timoleptice. Nu se asociază cu IMAO, nu se administrează în sarcină. Constituie principiul activ a numeroși produși farmaceutici:

AMIZEPIN(M)	Polonia
APO-CARBAMAZEPINE(M)	Canada
BISTON(M)	Cehoslovacia
CARBAGRETIL(M)	Mexic
CARBAZEP(M)	Costa Rica
CONVULINE(M)	Australia
FINLEPSIN(M)	R.F.G.
HERMOLEPSIN(M)	Suedia
KARBAMAZEPIN(M)	Danemarca
LEXIN(M)	Japonia
NEUROTOL(M)	Finlanda
NORDOTOL(M)	Danemarca
STAZEPINE(M)	Polonia
TEGRETAL(M)	Chile
TEMPOROL(M)	Finlanda
TERIL(M)	Israel
TIMONIL(M)	R.F.G.

și a celui mai cunoscut dintre ei:

TEGRETOL(M) Anglia, Austria, Australia, Belgia, Brazilia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, R.F.G., Spania, S.U.A., Suedia, Turcia.

85. **CARB-A-MED**(M) Austria — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

86. **CARBAMETIN**(M) Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominent miorelaxantă și anxiolitic sedativă; are și valențe analgezice secundare.

87. **CARBAXIN**(M) Japonia ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT(M) România.

88. **CARBAZEP**(M) Canada — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicații corespunzătoare. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO, nu se administrează în sarcină.

89. **CARBOLITH**(M) Canada; **CARBOLITHIUM**(M) Italia; **CARBOLITIUM**(M) Brazilia — DCI *Litium carbonate* ● Timoizoleptic, stabilizator al timiei, cu valențe sedative $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARBONAT DE LITIU(M) România.

90. **CARBONARCOZĂ** (cf. lat. *carbo* „cărbune"; gr. *narke* „amorțire") ● Metodă de tratament — în prezent anbandonată — a unor forme de nevroză și a unor afecțiuni psihosomatice. Constă în administrarea, prin inhalare, a unui amestec gazos (75% oxigen, 25% bioxid de carbon), pînă la limita primelor semne de pierdere a conștiinței, repetîndu-se variabil în timp. Aceste ședințe au fost intro-

Scanned with OKEN Scanner

duse de LOWENHAART, în 1929, plecînd de la o mai veche observaţie privind rolul anoxiei ca excitant intelectual. Metoda a fost utilizată cu oarecare tenacitate şi mai puţin succes în S.U.A., o perioadă de timp, în jurul anilor '50 apărînd numeroase lucrări în sprijinul ei, dar încercarea de a o introduce în Europa nu a dat roade. În prezent nu se mai utilizează.

91. **CARDIAZOL** — *şoc* ● Terapie biologică, utilizînd criza convulsivă ce apare la injectarea intravenoasă a circa 8 mg/kgc dintr-o soluţie de 10% cardiazol, folosită de VON MEDUNA, în 1932, la bolnavii de schizofrenie. Este varianta chimică a terapiei convulsivante, care a învins în competiţia cu timpul, prin efectele secundare şi incidenţa, mult mai redusă, prin posibilităţile sale mai lesnicioase de aplicare, chiar în cazul pacienţilor agitaţi. Deşi trecerea la aplicarea acestei terapii de şoc a avut, ca bază teoretică, opoziţia ipotetică dintre schizofrenie şi epilepsie (fapt rămas şi pînă astăzi nedemonstrat), valoarea sa a fost deosebită, în mod paradoxal, prin *„insuccesul teoretic pe care l-a înregistrat"* ; a adus, în schimb, revelaţia terapeutică a metodelor convulsivante în psihiatrie. Acţiunea analeptică cardiovasculară a cardiazololului (pentametilentetrapol), cu producerea convulsiilor în scop terapeutic, poate fi asociată, în mod simetric, cu cea a curei Sakel (insulinoterapiei).

92. **CARDILAC**(M) Grecia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic, de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoid halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

93. **CARDINA**(M) Finlanda — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-/(4-morfolin-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice, alcoolism ; adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

94. **CARDINOL**(M) Australia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic, de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, cu valenţe psihostimulente şi adrenolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

95. **CARDIODOL**(M) Japonia — **CARDIOL**(M) Finlanda — DCI *Practolol* ● Betablocant de tip 4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)-propoxi/acetanilidă, indicat în anxietate, miotonii neurovegetative, combaterea tremorului senil, are efecte psihostimulente. Nu se administrează concomitent cu săruri de litiu, potenţîndu-le efectul toxic, şi nici cu produşi IMAO → BETABLOCANTE.

96. **CARDIONEVROZĂ** — sin. ACŢIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAŢIE ; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE → sin. DA COSTA(S) sindrom.

97. **CARDIOPATIE** (cf. gr. *kardia* „inimă" ; *pathos* „încercare, experienţă") → AFECŢIUNI CARDIACE.

98. **CARDIOSERPIN**(M) Finlanda — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism şi copiilor sub 3 ani.

99. **CARENŢĂ** (cf. lat. *carere* „a fi lipsit de ceva") ● Stare rezultînd din insuficienţa unui aport nutriţional indispensabil unei funcţii vitale esenţiale. Prin extensie, este aplicat în psihologie, pedagogie şi psihiatrie, unde se referă la absenţa aporturilor afective, educative, intelectuale şi culturale necesare dezvoltării personalităţii.

Pentru psihanalişti, reprezintă o noţiune prea generală, care acoperă doar parţial problematica genezei tulburărilor psihice ; nu a trezit interes decît în etapa iniţială.

100. **CARENŢĂ AFECTIVĂ** (cf. lat. *carere* ; *affectio* „stare, dispoziţie") — sin. AVITAMINOZĂ AFECTIVĂ ● Expresie generică pentru privarea de afecţiune sau insuficientă satisfacere a trebuinţelor afective, fenomen cu consecinţe psihologice dintre cele mai grave, atunci cînd această frustrare afectivă este de durată sau intervine la o vîrstă precoce. Aşa cum au arătat psihologii, inclusiv cei de formaţie psihanalitică, dezvoltarea psihică a copilului este condiţionată de viaţa sa afectivă. Aceasta rămîne un element definitoriu, indispensabil activităţii psihice şi reglării

Scanned with OKEN Scanner

comportamentului. Drept urmare, carența afectivă are efecte asupra echilibrului psihic și poate duce la alterarea stării mintale. Consecințele carenței afective la copii pot fi precoce sau tardive, primele fiind studiate în forma lor de hospitalism (SPITZ). Este preferabil să se vorbească de carența afectivă infantilă (durabilă, precoce sau tardivă), luîndu-se în considerație cinci condiții : lipsă, carență, frustrare ; carența să se fi manifestat exclusiv în nevoile afective ale copilului ; mama să fie responsabilă de carență ; carența să fi afectat copilul înainte de vîrsta de 3 ani ; să fi durat minimum 6 luni.

În ordinea importanței, sînt afectate dezvoltarea limbajului, adaptabilitatea la mediu, dezvoltarea neuromusculară, rezistența la infecții. Cea mai gravă este carența afectivă suferită între lunile 6—15, de viață. Urmările carenței afective sînt mai benigne după vîrsta de 5 ani. Durata carenței afective este și ea importantă, la peste 3 luni de separare, vindecarea fără urme devenind problematică. RENÉ SPITZ, utilizînd două loturi de copii nou-născuți, crescuți unii în condiții deosebite, dar lipsiți de mamă, iar ceilalți în condiții mult mai modeste, dar îngrijiți de mamele lor, a pus în evidență, prin metode psihometrice adecvate vîrstei, un decalaj semnificativ privind dezvoltarea lor intelectuală, și anume : în timp ce la primul lot de copii, după 2 ani, se înregistrează o scădere a QI de la 124 la 45, la al doilea lot, QI a crescut normal, ajungînd în jurul valorii de 105/mediu bun. Totodată, rata mortalității la primul lot a fost de 1 : 3 (37%), în timp ce la al doilea lot nu s-a înregistrat nici un deces.

Tulburările tardive determinate de carența afectivă durabilă se manifestă, pe plan afectiv, prin inaptitudinea acestor copii de a stabili relații sociale normale. Legăturile afective sînt superficiale, agresivitatea necontrolată, uneori fiind realizat aspectul de pervers constituțional, descris de DUPRÉ. O carență afectivă durabilă poate constitui o posibilă bază pentru schizofrenie, nevroze, tulburări de comportament (sau chiar pentru afecțiuni de aspect organic (de exemplu tuberculoza). Studii asupra adolescenților și adulților dezadaptați au arătat că rata delicvenței este mai înaltă de 4—5 ori la cei carențați afectiv în copilărie, față de cei crescuți în familii armonioase. Anumite situații (dificultăți grave materiale, afecțiuni cronice în familie, handicapați etc.) impun cu necesitate spitalizarea copiilor. Prezența cvasipermanentă a mamei lîngă copil, păstrarea de către acesta a unui obiect matern sau încredințarea lui unei singure persoane (ca substitut matern) reprezintă măsuri menite să atenueze efectele carenței afective. La vîrstă adultă, carența afectivă, determinată de dificultățile de relaționare interpersonale (timiditate, hiperemotivitate introversie) sau de accidentele din viața personală (abandon, doliu, bătrînețe, emigrare), se poate compensa prin activitate sau poate determina manifestări psihopatologice, care evoluează de la stări depresive de intensitate variabilă, pînă la conduite suicidare → ABANDON, ANACLITIC, TRAUMA.

101. CARENȚĂ DE AUTORITATE ● Ca și carența afectivă, carențele de autoritate au efecte nocive asupra dezvoltării personalității copilului, tatăl fiind investit în familie cu autoritatea supremă. Pe măsură ce copilul crește, rolul mamei scade, iar cel al tatălui crește, egalîndu-se pe la 7 ani, apoi ambele scad paralel, pînă ce copilul își capătă autonomia, relația copil-adult devenind relația adult-adult. Intervenția tatălui se poate face prin intermediul mamei, sau direct, în acest din urmă caz fiind scurtă, netă, măsurată. Tatăl abuziv poate comite și excese, chiar de tipul protecționismului exagerat ; nu se poate considera încă că un copil a devenit adult decît în momentul în care acceptă insecuritatea, ca un risc normal. În acest sens, tatăl trebuie să-i trezească gustul pentru risc, evitînd să-i distrugă spiritul de inițiativă și curajul. SUTTER și LUCCIONI consideră autoritatea veritabilă ca un apel și nu ca o presiune, deci nu ca tiranie ; copilul tiranizat se simte incapabil să-și egaleze tatăl.

Mai frecvente sînt cazurile de autoritate paternă insuficientă, cu consecințe grave în structura personalității. Studiate de aceeași autori, ele se traduc prin structuri anormale ale personalității și prin tulburări ale relațiilor cu mediul. Caracterul este slab, fără rezistență, indecis. Conștiința morală este sărăcită, lipsește ierarhia valorilor, adesea se manifestă un conformism comod. Paradoxal în aparență, unii subiecți care au suferit în copilărie carența de autoritate, par să-i simtă lipsa la vîrsta adultă și acceptă sau caută unele cadre rigide, autoritare.

102. CARENȚĂ DE AUTORITATE(S) *sindrom* ● Sindrom descris de SUTTER și LUCCIONI (1958), caracterizat prin triada slăbiciune și lipsă de coeziune a personalității, rigiditate afectivă și „asecuritate". Acest sindrom ar facilita, după cei doi autori, recurgerea la suicid și poate îmbrăca o gamă de manifestări situate între polul „expansiv", în care domină revolta, revendicările, existența haotică, și „*atitudinea inhibată, dominată de indecizie*,

Scanned with OKEN Scanner

supunere, retragere și monotonie". Este generat de absența autorității parentale. Autoritatea, diferențiată de dominație, ar trebui să-i ofere copilului nu numai ordine, ci și criterii de valoare, condiții absolut necesare unui dialog activ și afectiv cu lumea.

103. **CARENȚĂ SOCIALĂ** ● Se manifestă ca rezultat al privării unui individ de contactele cu alții și are drept principală cauză claustrarea.

104. **CARFENAZINE**(M) S.U.A. — DCI *Carfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazilalkilfenotiazinic, de tip 1-/10-/3-/4-(2-hidroxietil)-1-piperazinil/-propil/-fenotiazin-2-il/-1-propanol, avînd aceleași indicații ca și flufenazinele.

105. **CARFOLOGIE** (cf. gr. *karphos* „așchie dintr-un obiect"; *legein* „a culege") → sin. MUSITANT(D) delir.

106. **CARIDIAN**(M) Iugoslavia — DCI *Mepindolol* ● Betablocant, de tip 1-(isopropilamino)-3-/(2-metilindol-4-il)oxi/2--propanol, indicat în anxietate, sevraje de diferite origini, afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

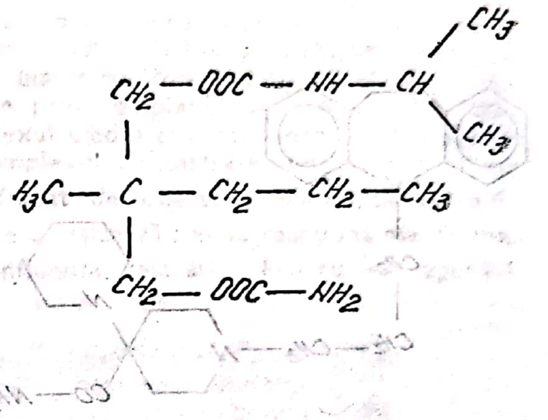
107. **CARIDOLOL**(M) Japonia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

108. **CARIOTIP** (cf. gr. *karyon* „nucă"; *typos* „semn, marcă") ● Prezentarea standardizată a formulei cromozomiale, prin tehnica stabilită de LEJERINE (1962). Cromozomii se evidențiază în culturi de celule vii la care diviziunea celulară este blocată în profază. Diverse tehnici de colorare au permis citogeneticii studiul cariotipului și al eventualelor aberații cromozomiale care, în majoritatea lor, prezintă interferențe psihiatrice.

109. **CARISOL**(M) Norvegia ; CARISOMA(M) S.U.A. → CARISOPRODOL(DCI).

110. **CARISOPRODOL**(DCI) ● Derivat propandiolic, de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol-carbamat isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și unele valențe antidepresive. Indicat în nevroze cu componentă depresivă, la personalități psihastenice și ca adjuvant în tratamentul psihozelor. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANIDOL(M)	Coreea
APESAN(M)	Olanda
ARTIFAR(M)	Grecia



CAORODAT(M)	Suedia
CARISOL(M)	Norvegia
CARISOMA(M)	Anglia
CARISOPRODOL(M)	Spania
DIODENE(M)	Italia
FLEXARTRAL(M)	Franța
ISOBAMATE(M)	Israel
MEPRODAT(M)	Finlanda
MIOCALMA(M)	Portugalia
MIO-RELAX(M)	Spania
MIORIL(M)	Italia
MIOXOM(M)	Italia
RELA(M)	S.U.A.
RELASOM(M)	Israel
RELAXO-POWEL(M)	Spania
SONOMA(M)	R.F.G.
SCUTAMIL(M)	Ungaria
SOMA(M)	Grecia
SOMADRIL(M)	R.F.G.
SOMALGIT(M)	Elveția
SOMALGIT-SIMPLE(M)	Spania
SOMANIL(M)	Japonia

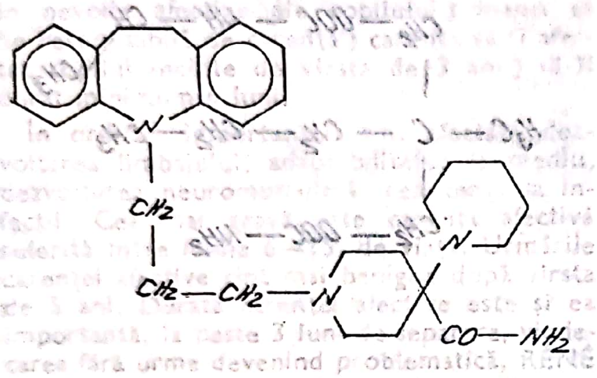
111. **CAROPAN**(M) Japonia — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent, de tip α,α-difenil-2-piperidenmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale în preinvoluție, TDS, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

112. **CARPENTER**(S) *sindrom*. sin. — ACROCEFALOPOLISINDACTILIE ● Eredopatie cu mod de transmite rerecesiv-autosomal, avînd ca expresie clinică un sindrom plurimalformativ ;

Scanned with OKEN Scanner

acrocefalie, hipoplazia etajului mijlociu al feţei, cu deplasarea laterală, polidactilie şi sindactilie, obezitate, hipogonadism, nanism. Întotdeuna se asociază cu debilitatemintală, de obicei, profundă.

113. CARPIPRAMINE(DCI) ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă, reunind un segment



identic al neurolepticelor sedative, specific derivaţilor butirofenonici (HALOPERIDOLUL), cu un segment al antidepresivelor timoleptice, specific derivaţilor dibenzazepinici (IMIPRAMINEI), realizînd, în final, o structură de tip 1′-/3-(10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepin-5-il)-propil/-(1,4′-bipiperidin)-4′-carboxamidă, cu acţiune timoleptic sedativă moderată. Indicat în psihogenii şi reacţii cu componentă depresivă, în sindroame depresive consecutive sevrajelor şi în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibate şi delirante, în asociere cu un neuroleptic sau antidepresiv, în funcţie de tabloul clinic. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici: DEFEKTON(M) Japonia ; PRAZINIL(M) Franţa.

114. CARTER Robert-Brudenell (1828—1918) ● Chirurg-oftalmolog englez. Atras de problemele psihiatriei, publică un studiu intitulat „Despre patologia şi tratamentul isteriei", în care introduce termenul de REFULARE, considerind că, cel puţin în parte, manifestările isterice sînt consecinţa unor „emoţii sexuale refulate" din motive de interdicţie socială ... *„dar, interdicţia a diminuat pînă la dispariţia el — în timp ce isteria nu — ceea ce ne obligă să fim mai reticenţi".* De reţinut totuşi penetranţa observaţiei, avînd în vedere atît momentul în care se face afirmaţia menţionată, cît şi faptul că autorul era chirurg. Pornind de la această observaţie, el încearcă să explice şi frecvenţa mai scăzută a isteriei la bărbaţi, opinie acceptată timp de un secol, dar care în prezent nu mai întruneşte unanimitatea.

115. CARTRIC(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat reserpină, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

116. CARUS Karl-Gustav (1789—1869) ● Ginecolog şi obstetrician german, profesor al Academiei de medicină şi chirurgie din Dresda. Atras de psihiatrie, publică, în 1864, o lucrare intitulată „Psihicul — spre o genetică a sufletului", în care opune „spiritului conştient", raţional, un „spirit inconştient", iraţional, dar creator, şi introduce astfel în scenă INCONŞTIENTUL, care va deveni vedeta unor studii de psihanaliză abia la finele secolului al XIX-lea.

117. CARVISKEN(M) Japonia — DCI *Pindolol* ● Betablocant, de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism ; adjuvant în combaterea sevrajelor. Nu se administrează în depresii şi nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

118. CARXIN(M) Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol-1-carbamat, cu acţiune predominent miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă ; secundar, are şi valenţe analgezice.

119. CASANTIN(M) R.F.G. — DCI *Dietazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dimetilaminoetil) fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, uşor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor şi în medicina psihosomatică.

120. CASĂ-ARBORE-OM(T) test sin. → BUCK(T) test.

121. CASPER(S) *sindrom* — sin. EREUTOFOBIE(F) sin. → ERITROFOBIE(F).

122. CASSIER(S) *sindrom* — sin. ACROASFIXIE CRONICĂ HIPERTROFICĂ ; ACROCIANOZĂ CRONICĂ HIPERTROFICĂ ● Descris de autor, în 1912, constă în reunirea elementelor definitorii ale sindromului nevrotic cu tulburări vegetative evidente, cea

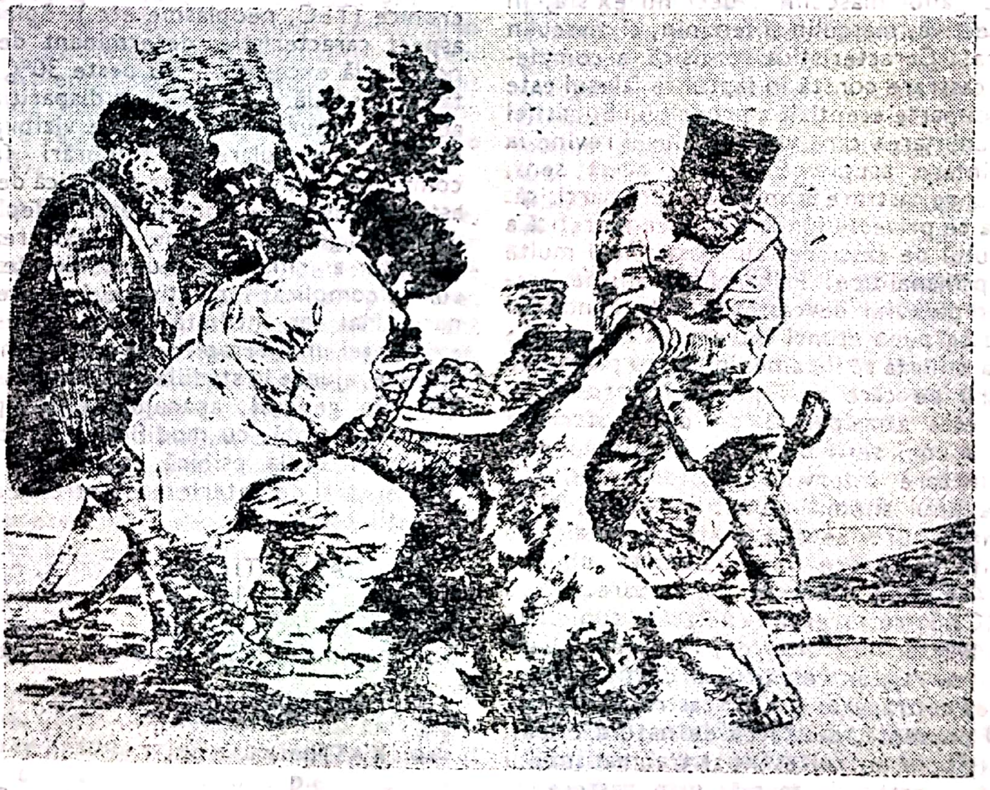
Scanned with OKEN Scanner

mai clară fiind cianoza extremităților și modificările trofice. Etiologia continuă să rămînă o necunoscută.

123. CASTILIUM(M) Portugalia — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei. Indicat și în afecțiunile psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate ; adecvat pentru tratamentul ambulator, neinfluențind reflexele conducătorilor auto.

124. CASTRARE (cf. lat. *castrare* „a castra") — sin. EUNUCHISM ; EVIRAȚIE $\overset{\text{sin.}}{\longrightarrow}$ EMASCULAȚIE.

diferit, la cele două sexe. La băiat, castrarea este resimțită ca urmare sau efect al amenințării paterne, amenințare provocată de activitatea sexuală a băiatului. Fata resimte absența penisului ca un prejudiciu, pe care încearcă, inconștient, fie să-l nege, fie să-l compenseze sau să-l repare. Există o strînsă legătură între complexul de castrare și complexul Oedip, în special prin funcția interdiativă și normativă a acestuia (PONTALIS și LAPLANCHE). La băiat, dispariția complexului Oedip se înlocuiește prin complexul de castrare. La fată, complexul Oedip este secundar, fiind pregătit de complexul de castrare. Inițial, băiatul nu este frapat de diferența anatomică sexuală, pe care o sesizează ; el va reacționa mai tîrziu, sub influența castrării. Pentru el, agentul



Goya

125. CASTRARE — *complex* ● Unul dintre marile complexe descoperite și precizate de psihanaliză, cu originea în fantasma castrării, legat de faptul că, la un moment dat, copilul își pune problema diferențierii dintre sexe (diferență legată de absența sau prezența penisului). Această diferență este atribuită, în plan fantasmatic, acțiunii de tăiere a penisului la fată. Complexul de castrare se produce castrator devine tatăl, autoritate căreia îi va atribui toate amenințările. Reacția băiatului la amenințarea castrării poate genera, ulterior, două atitudini față de femeie : fie oroare pentru această creatură mutilată, fie un sentiment net de superioritate. Simbolic, virilitatea se asociază cu forța, puterea, intelectul, afirmarea de sine, în timp ce feminitatea (inconștient asimilată cu mutilarea) se asociază simbolic cu

slăbiciunea, inferioritatea, decapitarea, moartea (CH. BADOUIN). Fata reacţionează diferit, sesizînd că, în comparaţie cu băiatul îi lipseşte ceva. Dorind să posede acest lucru care îi lipseşte, ea va începe să invidieze fiinţa de sex opus. Consecinţa acestei dorinţe va modifica atitudinea fetei faţă de mama sa, alegînd ca obiect al iubirii pe tată, ceea ce constituie intrarea în complexul Oedip.

Angoasa castrării este considerată de psihanalişti ca începutul perioadei de latenţă şi de formare a Supra-Eului. Ca modalităţi de manifestare simbolică a fantasmei de castrare, pot fi menţionate : acte care ating integritatea corporală, acte care ating integritatea psihică, acte obsesionale, fobii, sentimentul de inferioritate. FREUD leagă complexul de castrare de stadiul falic : în această fază, copilul percepe în organizarea genitală infantilă, un singur organ sexual, falusul (organul masculin) ; deci nu există, în faza respectivă, masculin şi feminin, ci masculin sau castrat. Caracteristica narcisică a complexului de castrare constă în faptul că falusul este resimţit ca parte esenţială a propriului Eu, astfel încît ameninţarea care vizează falusul revine la o ameninţare asupra Eului. În acest sens, complexul de castrare trimite la o rană narcisică.

În ceea ce priveşte fundamentarea teoretică a complexului de castrare, au existat mai multe direcţii psihanalitice. Psihanaliştii afirmă prezenţa complexului de castrare la toţi indivizii umani ; s-ar pune atunci întrebarea : cum este posibil ca o fiinţă să fie ameninţată cu pierderea unui lucru pe care nu-l posedă ? Angoasa de castrare este considerată de unii autori ca rezultat al unei serii de experienţe traumatizante, în care intervine separarea de, sau pierderea unui anumit obiect (de pildă, pierderea sînului, prin sevraj) ; este vorba aici de echivalenţe simbolice între diferite obiecte parţiale, de care individul se separă. După A. STÄRCKE, retragerea repetată a sînului în perioada alăptării şi, ulterior, retragerea definitivă, în sevraj, ar constitui prototipul complexului de castrare (ar fi aici o castrare primară, universal prezentă, castrarea de natură orală). RANK atribuie un rol esenţial traumatismului naşterii (separarea de mamă, prin naştere, şi reacţiile fiziologice declanşate prin această separare constituie prima criză de angoasă, model al oricărei angoase ulterioare ; deci angoasa de castrare ar fi o prelungire-ecou a angoasei naşterii). ADLER consideră că nevoia de securizare (căutarea securităţii), manifestată simptomatic în diferite obsesii, trimite la inconştientul profund, la nevoia de refugiu matern. Atitudinea lui FREUD faţă de aceste concepţii este rezervată ; el insistă asupra păstrării expresiei „complex de castrare", cu referire esenţială la fantasma castrării, legat de existenţa şi pierderea penisului. În perspectivă social-culturală, castrarea ar semnifica faptul că exercitarea unui drept are, corelativ, o interdicţie ; ameninţarea castrării devine ameninţarea legii (cf. FREUD, „Totem şi Tabu").

126. **CASTROFILIE** (cf. lat. *castrare* ; *philia* „prietenie") sin. EONISM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRAVESTISM.

127. **CASTROFRENIE** (cf. lat. *castrare* ; gr. *fren* „inimă, suflet") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEOKLOPIE.

128. **CAŞEXIE** (cf. gr. *kakos* „rău" ; *hexis* „stare") — sin. ATROFIE GENERALĂ PROGRESIVĂ ● Tulburare metabolică profundă întîlnită în stadiile tardive ale evoluţiei unor boli cronice (TBC, neoplasme etc.). Bolnavii au un aspect caracteristic, determinant de scăderea ponderală excesivă — cu peste 30% din greutatea normală —, ce duce la dispariţia stratului adipos, tulburări trofice (este vizibilă „topirea maselor musculare"), tulburări funcţionale complexe. Grava atingere somatică determină o astenie marcată, cu dificultatea îndeplinirii activităţilor igienice minime şi păstrarea preponderentă a clinostatismului. Foarte frecvent survin complicaţii infecţioase, îndeosebi pulmonare. Mai rar întîlnită astăzi — în condiţiile existenţei unei terapii adecvate — în delirurile cronice, ajunse în stadiile avansate ale demenţei, este, în general, apanajul gerontopsihiatriei, vîrsta înaintată, cu modificările specifice involuţiei, şi boala psihică concurînd la apariţia acestei stări de deteriorare extremă somatică şi a vieţii psihice.

129. **CAŞINAŢIE** (de la Casina, numele unei comedii a lui PLAUT) ● Rîs fără motivaţie sau stimulent adecvat, întîlnit în oligofrenie, intelect de limită, stări reziduale, demenţe.

130. **CATH** (cf. lat. *cathaedulis*) — sin. HATH $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KATH

131. **CATA** (gr. *kata* „în jos") ● Element de compunere, exprimînd semnificaţia de mişcare în jos, decădere, degradare, descompunere.

132. **CATABITISMOMANIE** (cf. gr. *katabythiso* „a se scufunda" ; *mania* „nebunie") ● Este un termen utilizat pentru a defini impulsul patologic către suicidul prin înnec (HINSIE). Nu se utilizează în mod curent în practica medicală.

Scanned with OKEN Scanner

133. CATACLONIE (cf. *cata-* ; gr. *kloneo* „a împinge, a produce tulburare, confuzie, dezordine") — sin. TATACLONUS • Mişcări convulsive ritmice, cu determinism psihogen, întîlnite, de obicei, în manifestările critice de tip isteric.

134. CATAFAZIE (cf. *cata-* ; gr. *phasis* „vorbire") — sin. CHASLIN[s] semn ; LITANIE DECLAMATORIE (CHASLIN) —sin.→ VERBIGERAŢIE.

135. CATAGELOFOBIE[F] (cf. *cata-* ; gr. *gelos* „rîs" ; *phobos* „frică") • Teamă excesivă, patologică, nemotivată printr-o experienţă negativă anterioară, de a fi ridicol, de a te face de rîs. Prezentă în timiditatea din adolescenţă, la personalităţi psihastenice.

136. CATAGRAFIE (cf. *cata-* ; gr. *graphein* „a scrie") • Tulburare a scrisului, constînd în repetarea cuvintelor sau a propoziţiilor. Termenul şi-a pierdut sensul psihiatric ; în prezent desemnează înregistrarea în scris a unor variante care se repetă (fără a reflecta o situaţie patologică).

137. CATALEPSIE (cf. *katalepsis* „prindere, luare, oprire") • Menţinerea involuntară a unor posturi sau atitudini corporale, determinată de modificarea tonusului muscular şi pierderea iniţiativei motorii. Aspectul cel mai frecvent întîlnit, evidenţiat prin mobilizare pasivă, este acela al flexibilităţii ceroase, dar este posibilă şi o hipertonie rigidă — catalepsie rigidă (la subiecţi cu leziuni cerebeloase). Dacă iniţiativa motorie este pierdută complet, subiectul este total imobil, pasiv, cu aspect de statuie, prezentînd cele mai diverse poziţii. Deşi poate apărea în mai multe circumstanţe etiologice, catalepsia face parte mai frecvent din tabloul clinic al schizofreniei, epilepsiei şi isteriei. Catalepsia catatonică se întîlneşte în schizofrenie, în depresia melancoliformă, stări confuzionale acute. Leziunile nucleilor striaţi determină, uneori, manifestări de tip catatonic. În isterie se descriu crizele cataleptice cu debut brutal, opistotonus, posibila pierdere a cunoştinţei şi somnul cataleptic, cu durată de la cîteva ore la cîţiva ani. În general, catalepsia este legată de un grad crescut de sugestibilitate, asemănîndu-se din acest punct de vedere cu ecolalia, cu ecopraxia etc. Ea poate fi indusă prin hipnoză (catalepsie hipnotică).

138. CATALEPSIE CEREBELOASĂ • Descrisă de BABINSKI în leziunile de emisfer cerebelos. Subiectul în decubit dorsal poate menţine timp îndelungat membrul inferior ridicat, cu articulaţia genunchiului flectată, fără a obosi şi fără a ceda la încercarea de readucere în poziţia normală ; semn prezent în demenţa senilă şi mixtă.

139. CATALEPSIE DE TREZIRE (FEGHIN) — sin. LÖWENFELD-HENNEBERG[s] sindrom.

140. CATALEXIE (cf. *cata-* ; gr. *lexis* „cuvînt") • Tulburare de citit, care constă în tendinţa de repetare a cuvintelor şi propoziţiilor. Se întîlneşte la intelecte liminale, în nevroze motorii, în schizofrenie.

141. CATAMNEZĂ (cf. *cata-* ; gr. *mnesis* „memorie") • Studiul evoluţiei unui subiect după părăsirea unui serviciu de psihiatrie, unde a fost internat pentru o afecţiune psihică. Cuprinzînd perioade largi de timp, catamneza oferă posibilitatea obţinerii unor date privind evoluţia şi prognosticul anumitor afecţiuni, ca şi a unor informaţii asupra posibilităţilor de integrare şi readaptare socială a bolnavilor. Studiul catamnestic a creat cadrul modificării opiniei empirice asupra unor afecţiuni, aşa cum s-a întîmplat cu studiile lui MANFRED BLEULER şi ale lui CIOMPI asupra schizofreniei.

142. CATAPLEXIE (cf. gr. *kataplexie* „consternare, stupoare") • Disoluţie bruscă, de scurtă durată (secunde-minute), şi totală a tonusului postural, antrenînd căderea, fără suprimarea conştiinţei. Atacul cataleptic se produce în circumstanţe stresante (emoţii puternice, plăcute sau neplăcute, groază), uneori fiind declanşat chiar de rîs. Căderea nu este totuşi la fel de brutală ca în criza epileptică, producîndu-se secvenţial, ca şi cum mişcarea ar fi descompusă (a fost comparată cu aceea a unei păpuşi de cîrpă). Uneori, pierderea tonusului este doar parţială (numai la nivelul membrelor superioare sau inferioare, sau al mandibulei) şi, spre deosebire de criza epileptică, subiectul nu emite nici un sunet. La revenirea din criză subiectul este bradipsihic, încearcă să înţeleagă ce i s-a întîmplat, este anxios, avînd intactă memoria episodului (nu există amnezie lacunară). După cîteva crize, anxietatea diminuează, dar pacientul rămîne preocupat de aspectul „tragi-comic" al crizelor. încercînd să evite situaţiile stresante care le-au declanşat. Se asociază deseori (după MICHAUX, totdeauna) cu narcolepsia, constituind sindromul atazic Gelineau, dar nu este exclus să alterneze sau să se manifeste independent de acesta. Psihofiziologic, atît emoţiile, cît şi cataplexia sînt însoţite de diminuarea tonusului muscular şi de

Scanned with OKEN Scanner

vagotonie (FERNANDEZ), cu sau fără atingerea centrilor mezodiencefalici ai somnului, producîndu-se o disociaţie între somnul psihic şi cel fizic („Spiritul continuă să vegheze într-un corp adormit" — LHERMITTE). Deseori, cataplexia se asociază altor manifestări mezodiencefalice (tulburări oculare, halucinoză, ris spasmodic, alte tulburări de tonus). Uneori, există asocierea cu un teren discrinic tireo-genital. Se descrie o formă de adormire (cu akinezie totală, conştiinţă normală) şi una de deşteptare (akinezie totală, în trezirile bruşte şi brutale, de obicei, prin desincronizarea „trezirii somatice" de cea „psihică"). De cele mai multe ori, niciuna dintre aceste circumstanţe nu are semnificaţie patologică. Captalexia trebuie diferenţiată de crizele akinetice, epileptice sau de alte crize oligosimptomatice, de aceeaşi natură. Clomipramina acţionează în cataplexie prin efectul opus anticonvulsivantelor.

Alte sensuri, puţin utilizate : starea de imobilitate şi rigiditate întîlnite la animale după un stres intens ; somnul hipnotic (în terminologia anglo-saxonă) ; starea de prostraţie din debutul acut brutal al unor boli ; apopexia fudroaiantă.

143. CATAPTOSIS ● Termen folosit de GALIEN (129—201) pentru a desemna accesul epileptic sau apoplectic ; în prezent nu mai este utilizat.

144. CATASTROFĂ (cf. gr. *katastrophe* „răsturnare") ● Avînd sensul de eveniment deosebit de grav, imprevizibil şi urmat de consecinţe dezastroase, termenul este folosit în psihiatrie pentru a desemna, pe de o parte, reacţiile psihologice la un eveniment de acest tip (reacţia de catastrofă) şi, pe de alta, reacţia catastrofică a subiecţilor cu leziuni organice cerebrale.

● Reacţiile la catastrofă sînt determinate de evenimente grave, afectînd un număr important de persoane : accidente feroviare sau de aviaţie, inundaţii, incendii, cutremure, bombardamente. Dacă din punct de vedere individual, modul de reacţie se înscrie — aşa cum au arătat studiile făcute şi la noi în ţară, cu ocazia inundaţiilor, de psihiatri din Tg. Mureş, şi cu ocazia seismului din 1977, de Institutul de Neuropsihiatrie — în tipurile de reacţie patologică obişnuită, în ceea ce priveşte colectivitatea, după WOLFENSTEIN, s-ar putea distinge trei perioade : iniţială, de perplexitate, în care pericolul este negat sau supradimensionat ; secundară, în care fazei de şoc îi succedă cea de reacţie propriu-zisă, caracterizată printr-o serie de manifestări emoţionale ce pot îmbrăca un aspect aberant şi o determinare emoţională a comportamentului ; şi o ultimă fază, de interacţiune, în care atitudinile devin mai raţionale, individul se reîntoarce la comportamentul de grup, mobilizîndu-şi eficent forţele. Această ultimă etapă, postcritică, este cea în care reacţiile se individualizează, producîndu-se o nouă apreciere şi o personalizare a situaţiei. Studiile de psihologie colectivă sugerează o posibilă ameliorare a reacţiei la catastrofă, prin antrenament.

● Reacţia catastrofică este destructurare brutală a capacităţii de răspuns la o situaţie dată, atunci cînd subiectul, pus în faţa unor sarcini pe care, anterior bolii, le rezolva cu uşurinţă, eşuează datorită anxietăţii. Modul brusc în care această reacţie se declanşează, pe fundalul unui organism cu capacitate de inhibiţie şi control redusă, face ca descărcarea ei să fie brutală, prin scurtcircuit. O asemenea reacţie trebuie să fie considerată — după opinia lui GAJNOTTI — ca rezultat al unei situaţii catastrofice, în care se întretaie factori multipli, ce ţin tot atît de mult de caracterul organic, cît şi de natura psihodinamică (nevoile afective ale subiectului, modalităţile sale obişnuite de adaptare la stres).

Lumea experienţei subiectului este tot atît de cutremurată de boală ca şi subiectul însuşi, schimburile dintre individ şi mediu devin tot mai schematice, mai simplificate, bazîndu-se pe rigiditatea unei ordini forţate, pe reducerea dimensiunilor spaţiale, temporale şi de semnificaţie ale universului înconjurător.

Agăţarea de obiecte cunoscute (încă), de situaţii familiare şi de concret este determinată de restrîngerea permanentă a graniţelor acestei lumi, dincolo de care pîndeşte abstractul şi prăpastia necunoscutului, un labirint fără ieşire. Ipoteza în care un astfel de subiect este pus într-o situaţie limită, menită să evidenţieze capacitatea sa operaţională, cum este testul psihologic, a fost analizată de TISSOT şi AJURIAGUERRA, care au sintetizat comportamentele observate cu această ocazie. Unii subiecţi se declară incapabili de a îndeplini sarcinile cerute de un test, anterior detalierii acestora, încercînd astfel să-şi asume un control anticipativ al situaţiei. Evitarea angajării imediate în situaţie este una dintre conduitele cele mai frecvente, mascate prin cererea de repetare a instrucţiunilor sau prin comentarii asupra conţinutului acestora. Refuzînd calea raţionamentului abstract (care, de multe ori, nu le mai este deloc accesibilă), aceşti subiecţi încearcă strategii de compensare, agăţîndu-se de detalii concrete şi fragmente. Cele mai frecvente conduite sînt răspunsurile subiective, superficializarea sarcinilor, comportamentele de socializare, comen-

tariile ironice şi întrebările adresate examinatorului, asupra sensului şi scopului examenului, automatismele „de prezenţă" şi automatismele „de absenţă".

Conduitele catastrofice faţă de eşec intervin cînd devin ineficiente toate tehnicile prin care subiectul a încercat să-l evite sau să se distanţeze de situaţia de eşec (motivînd-o prin dificultăţi motorii, substituind-o cu afirmarea valorii trecute a subiectului sau minimalizînd importanţa testului). Subiectul, cuprins de anxietatea pe care este incapabil să o stăpînească, poate avea conduite de fugă (refuzul hotărît de a mai continua examenul, încercarea de a părăsi sala de lucru şi chiar realizarea acestei acţiuni), sau manifestări agresive (proteste, ameninţări, contestarea legitimităţii examinatorului). Reacţia catastrofică este legată de personalitatea anterioară degradării organice, demonstrînd, odată mai mult, intervenţia premorbidului în structura oricărei manifestări psihopatologice. Anxietatea pe care subiectul o resimte nu derivă numai din consecinţele obiective ale leziunii asupra planului realităţii, ci şi din cele subiective, legate de nevoile afective şi de conflictele nerezolvate de subiect.

145. **CATASTROFĂ** — *teorie* ● Teorie matematică modernă, avîndu-l drept autor pe RÉNÉ THOM (numită astfel de C. ZEEMAN), care încearcă sistematizarea studiului sistemelor biologice din natură (ulterior, extinzîndu-şi domeniul şi asupra altor sisteme dinamice). Autorul reuşeşete o modelare geometrică, pornind de la premisa că orice funcţie F(x), dacă primeşte un număr de parametri de control, devine, în vecinătatea unui punct critic, descriptibilă printr-o funcţie cu expresie foarte simplă. Dacă funcţia nu are decît cel mult patru parametri, este netedă (i se pot scrie toate derivatele) şi este definită pe un spaţiu „n" dimensional real şi cu valori într-un spaţiu unidimensional, nu poate lua decît şapte forme posibile (catastrofele elementare — THOM): cută, colţ, coadă de rîndunică, fluture, ombilic eliptic, ombilic hiperbolic, ombilic parabolic.

Teoria catastrofelor permite studiul a două din cele trei calităţi dinamice ale unui sistem în evoluţie: echilibrul stabil în care se află sistemul, declanşarea unei acţiuni dezechilibrante, reîntoarcerea în stadiul de echilibru, şi anume ultimele două.

Desigur că un astfel de model, care „poate fi folosit în egală măsură pentru controlul evoluţiei sistemului şi precizarea comportării acesteia în condiţii determinante" (I. A. DOROBANŢIU), îşi poate găsi o configurare în patologia reactivă şi intervenţia terapeutică.

146. **CATATIMIC**(D) *delir* (cf. *cata-*; gr. *thymos* „spirit, voinţă") ● Convingere puternică, impenetrabilă la argumente logice, cu conţinut absurd, generată de o stare afectivă puternică, depresivă sau maniacală, stare ce are repercusiuni şi asupra comportamentului pacientului, influenţîndu-l în sensul inhibiţiei sau, respectiv, al excitaţiei. Noţiunea a fost introdusă de MAYER, în 1912, şi contestată ulterior, pentru a explica patogeneza anumitor psihoze reactive. În cazul unor constituţii fragile (în urma unor psihotraume din copilărie), o situaţie existenţială obişnuită poate declanşa o reacţie de intensitate psihotică. Este un mecanism comparabil cu alergia, în ceea ce priveşte discrepanţa cantitativă dintre cauză şi efect. Acest mecanism patogenic ar face trecerea între conflictele intrapsihice şi psihotraumele existenţiale.

147. **CATATIMIE** (cf. *cata-*; gr. *thymos*) — sin. AFECTIVITATE ELABORATĂ ● Termen depăşit de concepţiile moderne din psihiatrie care a avut semnificaţii diferite, după diverşi autori. KRETSCHMER înţelegea prin catatimie „transformarea pe care o exercită afectivitatea asupra vieţii psihice, în ansamblu". Utilizat de GUIRAUD, în concepţia sa bioneurologică despre psihic, termenul defineşte activitatea elaborată, determinată de influenţele sociale care, împreună cu holotimia, reprezentată de nivelul pulsional, alcătuieşte afectivitatea. După FENOUS (1955), catatimia desemnează perturbările paroxistice ale timiei, distingîndu-se:

- catatimie depresivă, cu depresie, bradipsihie, bradikinezie ;
- catatimie expansivă, cu euforie, bucurie sau furie ;
- catatimie a pasivităţii, cu relaxarea tonusului afectiv şi akinezie motorie.

Survenind brusc, aceste perturbări pot dezorganiza întreaga activitate psihică, declanşînd adevărate raptusuri schizoforme.

148. **CATATONIE** (cf. *cata-*; gr. *tonos* „tensiune") ● Dezintegrare a conduitei psihomotorii, prin diminuarea sau absenţa iniţiativei motorii, tradusă prin reducerea la un nivel semiautomat şi sterotip a mişcărilor, ca şi prin scăderea sau dispariţia eficienţei şi adecvării acestora. Considerată iniţial, în mod eronat, de către KAHLBAUM, ca o entitate nozologică separată, caracterizată prin episoade motorii, cu evoluţie finală spre demenţă, catatonia va fi asimilată cu una dintre formele demenţei precoce, de către KRAEPELIN. Deşi s-a demonstrat că elementele sindromului catatonic pot apărea într-o serie de sindroame confuzionale, care nu au nimic comun cu schizofrenia,

unii autori menţin confuzia lingvistică, rezervînd termenul de catatonie, schizofreniei catatonice. Sindromul catatonic este constituit din următoarele elemente : negativismul psihomotor, stereotipiile, paramimiile, manierismul, impulsiunile, catalepsia, tulburări trofice (H. EY). Fundalul psihic pe care se desfăşoară această tulburare aparent motorie, poate fi descris prin observaţii făcute pe două căi diferite, şi anume : dezinhibiţia cu amital sodic sau alte substanţe (eter, cocaină, scopolamină amfetamină), povestirile şi autoobservaţia unor subiecţi aflaţi în faza de remisiune. Halucinaţiile imperative, sentimentul de a fi morţi-vii, ideile de influenţă, anxietatea psihotică sînt elementele constitutive ale unui delir de tip oniric, pe care BARUK îl numeşte „delir catatonic". Sentimentul morţii iminente „mumifică" subiectul într-una dintre cele mai primitive reacţii de spaimă, paralizia în faţa pericolului sau, după autorii psihanalişti, retragerea propriului corp şi revenirea la o poziţie arhaică (cea fetală), cu narcisism dus la extrem.

Disociaţia planului ideativ-afectiv de cel motor, realizată prin deturnarea mecanismelor voinţei, face dificilă totuşi identificarea semnificaţiilor conduitelor motorii, chiar atunci cînd aparent, ele reprezintă un comportament de apărare inadecvat : furie, agitaţie catatonică. Circumstanţele etiologice ale catatoniei sînt, în ordinea frecvenţei : psihozele schizofrenice, stările infecţioase şi toxiinfecţioase, intoxicaţiile, afecţiunile cerebrale. Detaliind, vom arăta că rareori există o formă pură de schizofrenie catatonică şi că aceasta ar avea, după unii autori, două subtipuri : catatonia agitată şi catatonia stuporoasă, la care alţi autori (BARUK, SIDAWY, MALL, FERRARI) adaugă şi catatonia periodică. În clinică, asocierea episoadelor catatonice cu cele paranoide sau cu semnele schizofreniei hebefrenice este o realitate unanim recunoscută.

În cazul afecţiunilor toxiinfecţioase în care se pot întîlni sindroame „catatoniforme", amintim, împreună cu GARANT, următoarele circumstanţe : afecţiunile psihice, malaria, luesul în toate fazele, cu excepţia celei primare, care dă o notă specială pentru PGP, reumatismul articular acut, colibaciloza, infecţiile tuberculoase. Intoxicaţiile cu oxid de carbon, alcool şi, astăzi de interes istoric, cele cu neosalvarsan, pot crea un tablou identic cu stările metabolice în care substanţa cerebrală este autointoxicată de organism : diabet, uremie, insuficienţă hepatică (BARUK, BRISSOTKATZ).

Tumorile cerebrale, sindromul pseudobulbar şi encefalitele sînt ipostaze organice cerebrale în care catatonia poate fi prezentă. În ceea ce priveşte modalităţile de expresie clinică, de abordare simptomatică, evolutivă sau etiologică, acestea au generat o serie de clasificări, în care, din păcate, nici o formă de eclectism nu este operantă, pentru a putea realiza o delimitare satisfăcătoare. Astfel, KLEIST descrie : catatonia akinetică, catatonia parakinetică, catatonia manieristă şi stereotipă, catatonia iterativă, catatonia negativistă, catatonia prosexică (cu acte impulsive şi reacţii de scurt-circuit), mutismul catatonic şi catatonia „cu răspunsuri alături". H. EY propune patru tablouri clinice ale sindromului catatonic : stupoarea catatonică, agitaţia catatonică, habitusul catatonic (cu „micile semne ale catatoniei" : refuzul mîinii întinse, grimase, surîs nemotivat, manierism vestimentar sau grafic, schimbări bruşte de atitudine, izbucniri de rîs nemotivat) şi marea catatonie. După evoluţie, au mai fost descrise : catatonia fiziologică a sugarilor (1939), catatonia tardivă (SOMMER şi URSTEIN, 1910—1913), catatonia mortală (GUIRAUD, BARUK, GAUPP, FREEMAN etc.) şi catatonia periodică.

Aşa cum am arătat, multiplele circumstanţe etiologice impun o diferenţiere înainte de luarea unei decizii terapeutice. Reamintim însă că, exceptînd afecţiunile organice ale sistemului nervos central, tratamentul electroconvulsivant îşi găseşte în catatonie o indicaţie majoră, ori de cîte ori aceasta pune direct în pericol viaţa pacientului, prin dezechilibre metabolice şi imposibilitatea îngrijirilor medicale. În cazul refuzului alimentar, dezinhibiţia cu amital oferă o alternativă deseori utilă. Neurolepticele, hidratarea corectă, menţinerea unei igiene corporale satisfăcătoare sînt condiţii ale unei terapii complete.

În spatele faţadei imobile cu care venim în contact, se află o fiinţă imprevizibilă în reacţii, pe care boala o împiedică să se manifeste corespunzător ; această fiinţă nu este insensibilă, aşa cum pare, şi deci nici detaşată complet de evenimentele exterioare. Aparenţa imobilităţii, blocarea căilor de expresie mimico-gestuale, imposibilitatea decodificării atitudinilor nu trebuie să-l înşele pe terapeut, care trebuie să bănuiască întotdeauna o hipersensibilitate şi o susceptibilitate majoră, în raport cu care, prin atitudinile sale, nu trebuie să stîrnească ostilitatea. Faptul că există cazuri în care aserţiunea anterioară este valabilă reprezintă un argument suficient pentru a se proceda în consecinţă.

149. **CATATONIE MORTALĂ** • Tulburare psihică majoră, legată de apariţia unei stări febrile grave, a cărei frecvenţă, deşi a suferit importante modificări după introducerea trata-

mentelor psihofarmaceutice moderne, nu s-a redus complet. Semnele catatoniei mortale alcătuiesc un sindrom specific, care poate fi asociat fie unei deteriorări organice, fie uneia funcționale.

CALMEIL a fost primul care a descris, în 1832, o formă rară de psihoză, în cadrul unor stări febrile, caracterizată prin agitație proporțională cu creșterea febrei sau prin stări de stupoare, evoluînd fatal spre deces (cu toată sărăcia de semne anatomopatologice înregistrate la autopsie). Descrierile ulterioare ale acestui sindrom s-au realizat sub diferite denumiri ca : mania Bell, catatonia fatală, mania delirantă acută, schizofrenia hipertoxică, sindromul de epuizare psihotic, delir acut, sindromul nevrotic Scheid, catatonia Stauder.

A. J. GELENBERG (1976) arată că sindromul catatoniei letale este o modalitate de răspuns nespecific al sistemului nervos central, care asociază tulburări neurologice, somatice și psihice. Trăsăturile clinice ale acestui sindrom sînt :

- apariția unei faze prodromale, care durează în medie două săptămîni și în care se instalează anorexia și insomnia, urmată, la intervale variabile, de apariția unui sindrom de excitație motorie ;
- pacientul este frecvent violent și are tendința de distrugere, „demolînd tot ce întîlnește înainte" (ARONSON) ;
- apar deseori „suiciduri bizare" și neașteptate, sau heteroagresiuni neprovocate (DAVIDSON) ;
- tulburările clarității conștiinței și refuzul alimentar sînt cele mai constante semne ;
- se mai pot asocia alte semne ale catatoniei ; mutism, stereotipii, catalepsie, rigiditate, manierisme ;
- tulburări senzoriale de tip halucinator, vizual și auditiv ;
- tulburările somatice includ : tahicardie, transpirații profuze, deshidratare, hipertensiune arterială oscilantă, cianoza extremităților, hematoame subdermice, care duc la o alterare rapidă a stării generale ;
- febra crește în mod rapid în perioada evolutivă, atingînd niveluri deosebit de ridicate.

Deși evoluția acestor semne este cuprinsă, după diverși autori, de la cîteva ore la cîteva săptămîni, O. ARNOLD și H. STEPHAN, stabilesc că media de evoluție este de circa opt zile.

Faza finală a sindromului catatonic este marcată de apariția unei stări stuporoase, înlocuind starea de excitație psihomotorie, la care se adaugă febra în platou extrem de ridicată (peste 43°C), urmată de comă, colaps cardiovascular și moarte. Circumstanțele apariției acestui sindrom au fost recent sistematizate de MANN, CAROFF și BELIER (1986) ;

Tabel nr. XXXIII

PSIHOZE FUNCȚIONALE	• schizofrenie ; • boli afective ; • catatonie periodică ; • psihoze atipice.
BOLI CEREBROVASCULARE	• tromboza arterei bazilare ; • leziuni hemoragice bilaterale ale lobului temporal.
TUMORI	• pinealoame difuze, periventriculare ; • glioame ale ventricolului III ; • angioame mezodiencefalice.
INFECȚII	• encefalite virale ; • febră tifoidă ; • malarie ; • paralizie generală progresivă ; • hepatită virală ; • septicemii.
BOLI METABOLICE	• hipertiroidism ; • boala Addison ; • boala Cushing ; • uremie ; • encefalopatie Wernicke ; • anorexie cerebrală.
INTOXICAȚII	• otrăvire cu tetraetil de plumb ; • dependență de sedative ; • sindrom malign neuroleptic.
ALTE CIRCUMSTANȚE	• stări postoperatorii ; • status petit mal ; • epilepsie genuină ; • traumatisme cranio-cerebrale.

Sindromul de catatonie letală poate fi întîlnit deci în cele mai variate circumstanțe, ceea ce impune o atitudine terapeutică adecvată.

Dintre mijloacele terapeutice indicate în fața acestei redutabile circumstanțe patologice, pe prim plan se situează electroșocul și administrarea de hormon adenocorticotrop și corticosteroizi, ca și încercarea de tratament etiologic (al bolii cu care sindromul se asociază). Neuro-

Scanned with OKEN Scanner

lepticele nu au decît rezultate limitate şi, evident, nu pot fi folosite în sindromul malign neuroleptic.

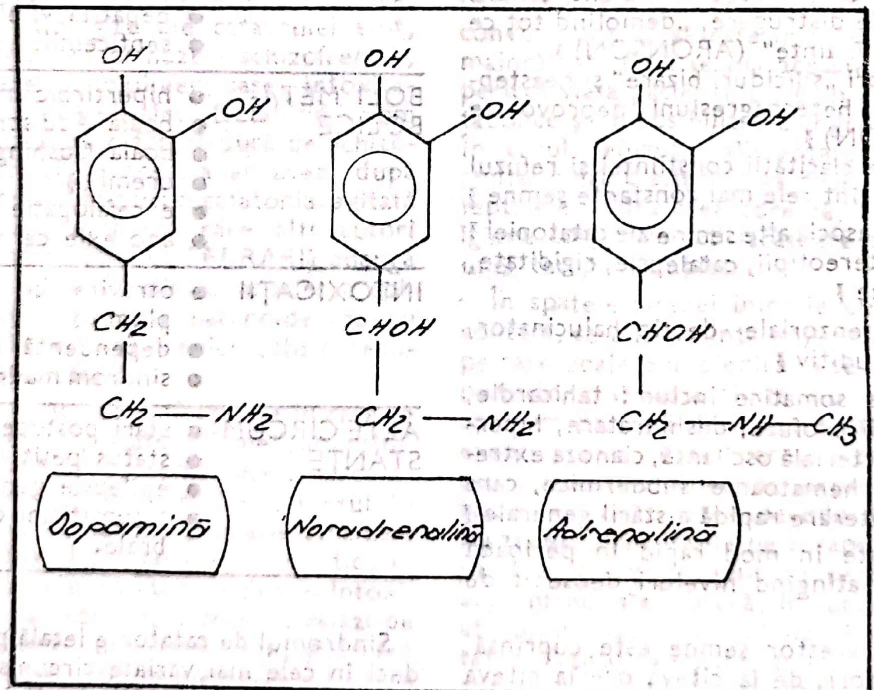
150. CATATONIE TARDIVĂ — sin KRAEPELIN[B] boală ● Afecţiune delimitată de KRAEPELIN, în 1912, şi introdusă de MAYER-GROSS, în 1955, în grupul psihozelor de involuţie. Unii autori o consideră o formă catatonică tardivă a schizofreniei .După PREDESCU, face parte din grupul demenţelor presenile.

Clinic, se caracterizează prin prezenţa unui sindrom catatonic fără stupor, anxietate intensă, stări confuzionale cu inhibiţie totală şi evoluţie rapidă spre demenţă globală şi exitus, în 6—12 luni de la debut.

151. CATECOLAMINE ● Substanţe cu acţiune adrenomimetică, a căror structură chimică le determină şi numele — amine ale catecolului. Catecolaminele sînt, de fapt, adrenalina, noradrenalina şi dopamina, ultimele fiind implicate în activitatea sistemului nervos central prin rolul lor de neuromediatori cerebrali. Au fost evidenţiate histochimic în neuronii cerebrali, formînd sisteme neuronale dopaminergice şi noradrenergice, localizate la diferite nivele ale sistemului nervos central.

emoţional-afective. La nivelul sistemului nervos central, pe prim plan se situează activitatea noradrenalinei şi dopaminei. Acestea, pe de o parte, interferează cu acţiunea a numeroase droguri psihotrope, iar pe de altă parte, sînt implicate în etiologia a numeroase afecţiuni psihice. Axonii neuronilor catecolaminergici cerebrali formează tracturi cu dispoziţie specifică pentru fiecare substanţă. Localizarea acestor tracturi permite aprecierea rolului noradrenalinei şi al dopaminei în sistemul nervos central. Astfel, noradrenalina este implicată în comportamentele afective (euforie sau depresie, în funcţie de activitatea hipo- sau hipernoradrenergică), în controlul stărilor de alertă, în mediaţia influenţelor emoţionale asupra tonusului muscular şi în modificarea reflexelor medulare, în stări de anxietate (SOLOMON, SNYDER, 1980). POROT (1984) menţionează legătura dintre activitatea noradrenergică şi somnul lent şi paradoxal, precum şi posibila interferenţă cu etiologia schizofreniei.

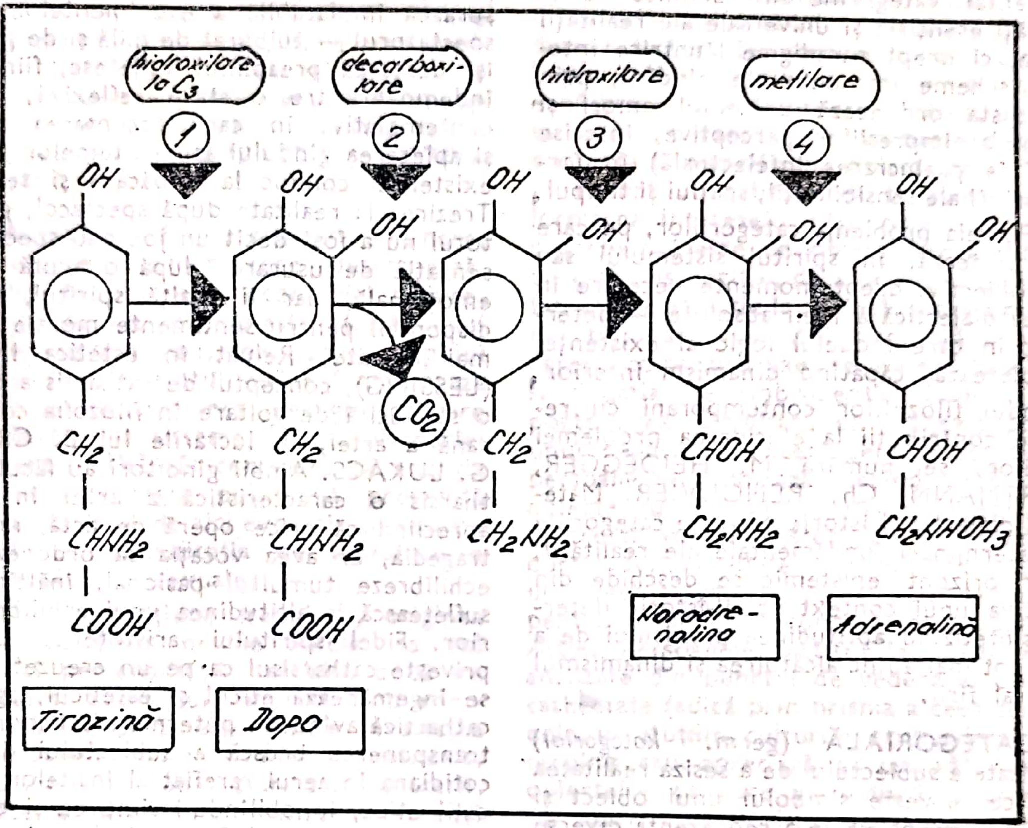
Tracturile dopaminergice sînt mai discret reprezentate, avînd o localizare limitată în nucleii bazali (implicaţi în controlul motricităţii organismului), sistemul limbic, hipotalamus şi cortexul cerebral. Această distribuţie a nucleilor



În afara efectelor periferice adrenomimetice ale adrenalinei şi noradrenalinei, CANNON a considerat catecolaminele, încă din primele decenii ale secolului nostru, ca mediator de bază al adaptării la stress. Ele reprezintă, de asemenea, substratul biochimic al răspunsurilor

dopaminergici în sistemul nervos central face posibilă implicarea dopaminei în mecanismul patologic al bolii Parkinson. Pe de altă parte, ipotezele privind modificările activităţii dopaminergice în schizofrenie sînt întărite de constatarea că dopamina are o structură asemănă-

toare mescalinei, precum şi de activitatea blocantă dopaminergică a drogurilor neuroleptice şi a substanţelor dopaminergic-stimulatoare. Activitatea dopaminergică a fost corelată (1976) şi cu tulburările afective.



Sinteza catecolaminelor

În afara corelaţiilor dintre activitatea catecolaminergică în sistemul nervos central şi stările psihice, fiziologice sau patologice, există numeroase interferenţe medicamentoase posibile, în cursul sintezei metabolismului, degradării şi eliminării catecolaminelor. Practic, aceste interferenţe sînt realizate de aproapte toate drogurile utilizate în terapia psihiatrică: hipnotice tranchilizante, antiepileptice, antiparkinsoniene, neuroleptice, antidepresive, psihostimulente.

152. **CATEGORIE** (cf. gr. *kategoria* „calitate, atribut elementar") • Noţiune filozofică fundamentală care exprimă o proprietate esenţială şi universală, caracteristică tuturor entităţilor şi proceselor, atribut definitoriu al oricărui existent, în genere. Atotcuprinzătoare prin sferă şi extrem de abstractă sub aspectul conţinutului, categoria denotă cele mai generale determinări ale obiectelor şi evenimentelor, fiind implicată în orice act de gîndire. Constitutive reflectării raţionale a realităţii, categoriile nu se pot defini după schema obişnuită prin gen proxim şi diferenţă specifică, deoarece sînt genuri limită, nemaiexistînd noţiuni şi mai cuprinzătoare, cărora să le poată fi subsumate ca specii. Din acest motiv, categoriile nu sînt accesibile definiţiilor propriu-zise, ci suportă numai o tatonare spirituală, ce apelează la descriere, ilustrare, analogie etc. Pe de altă parte, prin extrema lor generalitate, categoriile sînt indispensabile pentru definirea şi înţelegerea celorlalte noţiuni, de neconceput fără un suport semantic de ordin categorial. Cîştigul cel mai preţios şi cel mai specific al trudei filozofice, categoria fixează punctele nodale în care se articulează concepţia despre lume a unei culturi, oferind criteriile de inteligibilitate, schemele conceptuale prin care se edifică înţelesul raţional al firii. Continuînd demersul ontologic iniţiat de presocratici (între care se detaşează eleaţii şi pitagoreicii), limpezind speculaţiile metafizice din dialogurile platoniene, Aristotel alcătuieşte prima tablă argumentativă a categoriei, în care distinge: esenţa, cantitatea, calitatea, relaţia, locul, timpul, situaţia, po-

sesia, acţiunea, pasiunea. Compromisă un timp de excesele speculative ale scolasticii medievale, problema categoriei este reluată, cu deosebită gravitate, în filozofia modernă, de către KANT. În spiritul apriorismului transcedental, categoriile sînt definite nu ca proprietăţi esenţiale şi universale ale realităţii obiective, ci drept paradigme lăuntrice intelectului, scheme imanente ale gîndirii, prin care aceasta ordonează universul amorf şi incoerent al impresiilor perceptive, înscrise (înainte de prelucrarea intelectuală) în formele a priori ale sensibilităţii, spaţiul şi timpul.

HEGEL reia problema categoriilor, pe care le interpretează, în spiritul sistemului său idealist obiectiv, drept momente necesare în devenirea dialectică a Ideii absolute — determinări prin care modelul logic al existenţei se completează, căpătînd dinamism interior.

În rîndul filozofilor contemporani cu remarcabile contribuţii la elucidarea problemei categoriilor, se numără M. HEIDEGGER, N. HARTMANN, Ch. RENOUVIER. Materialismul dialectic şi istoric priveşte categoriile drept determinări fundamentale ale realităţii, al căror orizont epistemic se deschide din perspectiva unui context social-istoric determinat, sintetizînd aptitudinea praxisului de a dezvălui tot mai adînc alcătuirea şi dinamismul imanent al firii.

153. CATEGORIALĂ (germ. *kategorial*) ● Capacitate a subiectului de a sesiza realitatea în ceea ce priveşte simbolul unui obiect şi obiectul ca susceptibil de a reprezenta diverse realităţi. În afazie, bolnavul nu-şi mai reprezintă raporturile care există între un lucru şi celelalte lucruri pe care el le simbolizează, deci nu mai poate adopta o atitudine de clasificare faţă de acesta, pierzînd limbajul abstract.

154. CATESTEZIC(D) *delir* (cf. *cata-*; gr. *aisthesis* „senzaţie") ● Noţiune introdusă de GHILIAROVSKI. Convingere nestrămutată, impenetrabilă la argumente logice şi la proba obiectivă a realităţii, cu tematică hipocondriacă, avînd drept punct de plecare senzaţii corporale neplăcute. Delirul deformează dispoziţia generală şi comportamentul, subiectul solicitînd repetate consultaţii medicale, care însă nu-l liniştesc, nu-i schimbă ideile delirante.

155. CATHARSIS (cf. gr. *katharsis* „purificare") ● Termenul elen avea o semnificaţie cuprinzătoare, denotînd orice act sufletesc de limpezire şi iluminare, de curăţire a spiritului de patimi şi porniri stîrnite de simţuri. În acest sens, oficierea ritualurilor religioase sau acţiunea psiho-terapeutică aveau un efect cathartic, eliberînd subiectul de chinurile pasiunii şi determinîndu-l să-şi găsească alinarea în pacea şi împăcarea contemplaţiei. ARISTOTEL face din catharsis o categorie estetică, definind virtutea tragediei de a curăţa sufletul prin purificarea pathosului; asistînd la desfăşurarea implacabilă a evenimentelor tragice, spectatorul — tulburat de milă şi de groază — îşi descarcă preaplinul sufletesc, fiind subtil îndemnat către o stare reflexivă, de calm contemplativ, în care acceptarea fatalităţii şi aplecarea gîndului asupra temelor grave ale existenţei conduc la împăcare şi seninătate. Trezirea la realitate după spectacol, gîndul că totul nu a fost decît un joc dau spectatorului senzaţia de uşurare, după o acută tensiune emoţională, dar îi înalţă spiritul, făcîndu-l disponibil pentru sentimente morale din cele mai elevate. Reluat în estetica iluministă (LESSING), conceptul de catharsis a cunoscut o strălucită dezvoltare în filozofia contemporană a artei, în lucrările lui B. CROCE şi G. LUKÁCS. Ambii gînditori au făcut din catharsis o caracteristică a artei în genere, apreciind că orice operă de artă, nu numai tragedia, ar avea vocaţia să ordoneze şi să echilibreze tumultul pasional, înălţînd viaţa sufletească la altitudinea unui echilibru superior. Fidel spiritului aristotelic, LUKÁCS priveşte catharsisul ca pe un creuzet, în care se îngemănează eticul şi esteticul, zguduirea cathartică avînd un puternic efect moral, prin transpunerea bruscă a subiectului din viaţa cotidiană în aerul rarefiat al înaltelor semnificaţii etice, înnobilîndu-i simţirea şi discernămîntul, pentru a-l face apt de acte morale.

BREUER foloseşte acest termen pentru a desemna efectul abreacţiei unei emoţii refulate, aflate la originea unei tulburări isterice. Metoda cathartică va sta la baza tratamentului pe care, împreună cu FREUD, îl va aplica, începînd din 1880, şi care-l va conduce pe acesta din urmă la „descoperirea psihanalizei" (PELICIER). În „Introducere în psihanaliză", FREUD scrie: „se presupune că simptomele isterice iau naştere atunci cînd energia unui proces psihic nu poate să ajungă la o elaborare conştientă. Vindecarea va fi obţinută prin eliberarea afectului derivat şi descărcarea sa pe căi normale (abreacţie)". Catharsisul poate lua aspectul unei descărcări brutale, mai mult sau mai puţin furtunoase, nu numai în cursu unei terapii de tip analitic, ci şi sub imperiul unei emoţii puternice sau în timpul unei preanestezii chirurgicale. La trezirea din coma provocată (insulină, electroşoc), eliberarea afectivă de acest tip ar fi, după unii autori psihanalişti, doar trecătoare, ba chiar agra-

vantă. Nu subscriem la această opinie, arătînd că mai multe psihoterapii, chiar fără legătură cu psihanaliza, au un efect cathartic: hipnoza, narcoanaliza și chiar psihodrama, iar în terapia copilului — jocul. Unele manifestări autistice sau conduite violente colective pot avea efecte cathartice. Aceste efecte ale transei africane sau afro-americane constituie, după cum avertizează R. BASTIDE, o metodă de control social, prin integrare într-un grup (în funcție de modele colective) și nu o defulare sau o activitate ludică ⟶ ABREACȚIE; ACTIVITATE LUDICĂ.

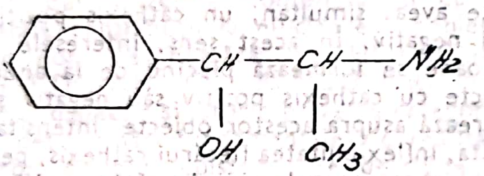
156. CATHEXIS (cf. gr. *kathexis* „reținere, conservare") ● Termen care desemnează, din punctul de vedere al economiei psihice, faptul că o energie psihică este atașată unui obiect, unei reprezentări, unei părți a corpului ⟶ INVESTIȚIE. Aparatul psihic funcționează prin investirea (distribuirea) energiei de care dispune, în diverse sisteme. În cadrul teoriei sale pulsionale, FREUD consideră că energia investită este energia pulsională provenită din surse interne — de aici expresia „investiție libidinală", cu semnificația de investiție a energiei pulsiunilor sexuale.

În a doua accepțiune freudiană, originea tuturor investițiilor devine Sinele, ca pol pulsional al personalității, celelalte două instanțe (Eul și Supra-Eul) împrumutînd energie din rezervorul Sinelui. Sinele investește energia în obiecte sau imagini (obiect-cathexis, imagine-cathexis), după principiul plăcerii, fără a face o discriminare între obiecte și imagini. O imagine „mintală" însă, nu poate satisface, în mod real, o trebuință; pentru satisfacerea trebuinței, subiectul trebuie să asocieze ceea ce există în interiorul său cu un corespondent din lumea exterioară, prin intermediul unui proces secundar. Eul este astfel capabil de discriminare și investește energia psihică în obiecte, împiedicînd fixarea ei pe imagini (principiul realității). Procesele secundare capătă ascendent asupra celor primare pînă într-atît, încît Eul poate deveni stăpîn pe utilizarea energiei psihice. Acumulînd în continuare energie, Eul nu o folosește numai pentru satisfacerea trebuințelor: o parte este utilizată pentru restringerea activității Sinelui ⟶ CONTRAINVESTIȚIE sau ANTICATHEXIS, o alta vine în confruntare (sau opoziție) cu forțele Supra-Eului; în rest, energia Eului funcționează în scopul păstrării și susținerii integrității aparatului psihic. Supra-Eul posedă o parte de energie instinctuală, pe care o ia tot din rezervorul Sinelui. Supra-Eul se formează prin interiorizarea imperativelor morale venite de la părinți, părinții fiind primele obiecte de investiție libidinală precoce. În momentul în care Eul și Supra-Eul au achiziționat o cantitate suficientă de energie din rezervorul Sinelui, apare raportul de forțe și contraforțe. Distribuirea corectă de energie între cele trei instanțe presupune ca Eul să devină factor de control asupra Sinelui și Supra-Eului, favorizînd astfel o adaptare echilibrată la realitate. MURRAY, în teoria sa asupra personalității, vorbește despre importanța și semnificația obiectelor cathectate, în raport cu satisfacerea trebuințelor și cu formarea intereselor. Un obiect care suscită o trebuință este un obiect cathectat; el are un cathexis pozitiv, dacă provoacă un comportament de atracție la subiect, și are un cathexis negativ, dacă subiectul manifestă o atitudine agresiv-combativă sau de îndepărtare; există și situația de ambivalență, cînd un obiect poate avea, simultan, un cathexis pozitiv și unul negativ. În acest sens, interesele unei persoane se formează plecînd de la anumite obiecte cu cathexis pozitiv sau negativ și se centrează asupra acestor obiecte. Intensitatea, durata, inflexibilitatea fiecărui cathexis, pentru un obiect sau grup de obiecte, sînt semnificative pentru dinamica și cunoașterea personalității. Astfel, persoanele, instituțiile, culturile pot fi analizate din punctul de vedere al obiectelor cathectate (adică prin prisma a ceea ce persoanele, instituțiile, culturile, grupurile de afiliație resping sau apreciază și cultivă). Categoria obiectelor pe care un individ le cathectează (le valorizează pozitiv sau negativ) este mai semnificativă, după MURRAY, decît puterea relativă a unor trebuințe (în special, în ceea ce privește alegerile și respingerile în relațiile interpersonale); astfel, interesează în mod special natura obiectelor acceptate și natura obiectelor respinse. Există cathexisuri care țin de trebuință ca atare și cathexisuri durabile, independente de puterea relativă a trebuinței și datorate mai mult circumstanțelor; obiectele pot fi cathectate prin asociere cu locul nașterii, cu părinții, cu o experiență excepțională sau cu orice alt eveniment întîmplător. MURRAY enumeră cîteva probleme semnificative în aprecierea cathexisurilor:

- proporția cathexisuri pozitive—cathexisuri negative la un subiect;
- intensitatea, durata, inflexibilitatea cathexisurilor;
- distanța (în timp și spațiu) dintre obiectele cathectate și subiect;
- în ce măsură o persoană își susține cathexusurile cu argumente raționale;

- cathexusurile se stabilesc în cea mai mare parte, prin imitare, dar pot fi stabilite de subiect și independent de influența altei persoane;
- cathexusurile pot fi radicale sau conservatoare ;
- dacă persoana se identifică sau nu (și în ce măsură) cu obiectele cathectate ;
- genurile de cathexisuri (natura cathexisurilor pe care le posedă un subiect pentru familia sa, pentru cei de aceeași profesie sau de aceeași cultură cu el) ; de exemplu, dacă subiectul impune respect, dacă atrage prieteni.

157. CATHINE(DCI) ● Derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, cu acțiune psihostimulatoare și anorexigenă. Indicat în



astenie, convalescență, boli somatice, preinvoluție (diminuarea activității intelectuale), sevraj, tulburări de dinamică sexuală și în prevenirea și combaterea obezității secundare curei neuroleptice. Efectele secundare sînt, în general, moderate și pot consta în insomnie, iritabilitate, eretism cardiac, anxietate moderată. Contraindicațiile sînt reprezentate de stări de excitație psihomotorie, anxietate, comițialitate, sarcină și afecțiuni cardiace.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ADIPOSETTEN(M), ADIPOSETTEN N(M)
Elveția, R.F.G.
AMORPHAN DEPOT(M), AMORPHAN NEU(M)
Elveția, R.F.G.
BELLOFORM(M)
Elveția
BOXOGETTEN(M)
R.F.G.
DEBES ENTFETTUNGSDRG.(M)
Elveția
EXPONCIT(M)
R.F.G.
FUGOA-DEPOT(M)
R.F.G.
MINISCAP(M), MINISCAP M.D.(M)
Elveția
MINUSIN(M), MINUSIN DEPOT(M)
Elveția
MIRAPRONT N(M)
Iugoslavia
NEO-SOLDANA(M)
Elveția
PHYTEIA SCHLANKHEITSTRPF(M)
Elveția
RANKOTIP(M), RECATOL(M)
R.F.G.
REDUFORM
Elveția
SCHLANK SCHLANK EB 2000(M)
R.F.G.
SYNDIAN(M)
Elveția

158. CATIEMOFRENOZĂ (cf. gr. *kathiemi* „a face să cadă" ; *phren* „spirit, minte") — sin. GRAVIDITATE PITIATICĂ ● Termen scos din circulația curentă, corespunzind unei manifestări de tip isteric, descrise de JANET, DENECHAU și MATTRAIS, ce constă în mărirea abdomenului în situații speciale de frustrare afectivă. Uneori, la femei, ea poate fi primul timp al unei „sarcini" psihice, completată ulterior de congestia sinilor și oprirea ciclului menstrual.

159. CATIZOFOBIE(F) (cf. gr. *kathisein* „a se așeza" : *phobos* „frică") ● Teamă morbidă, nejustificată, a subiectului de a se așeza. Este o pseudofobie deosebit de rar întîlnită în practică, deși nu neglijată de literatură.

160. CATOCUS (cf. gr. *katochas* „catalepsie") ● Termen general, întrebuințat de vechii autori, pentru a defini fenomene patologice diferite ca etiologie și aspect clinic, caracterizate prin modificarea stării de conștiință (coma vigilă, catalepsia, transa hipnotică) ; nu se mai utilizează.

161. CATOPTROFOBIE(F) (cf. gr. *katoptron* „oglindă" ; *phobos* „frică") — sin. SPECTROFOBIE(F) ● Termenul denumește teama intensă, nejustificată, patologică față de oglinzi, asociindu-se comportamente de evitare (acoperirea oglinzilor, evitarea privirii în oglindă etc.) ; întîlnită în sindroamele fobice din nevroza obsesivo-fobică, psihastenie dar este posibil să apară și în schizofrenie fără a avea însă caracter net de fobie, ci avînd o motivație delirantă. Trebuie diferențiată de teama de a se privi în oglindă a pacienților cu dismorfofobie.

162. CATOVIT(M) Finlanda — DCI *Prolintan* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de

Scanned with OKEN Scanner

tip 1-(α-propilfenetil)pirolidină, cu acțiune anorexigenă mai marcată decît cea stimulatoare, asupra sistemului nervos central. Indicat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

163. CATRON[(M)] S.U.A., — DCI *Feniprazină* CATRONIAZIDE[(M)] S.U.A ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (α-metilfenetil)hidrazină, indicat în depresii inhibate, fără efecte sedative. Nu se asociază cu timoleptice, betablocante, psihostimulente → IMAO.

164. CATTELL James Mc. Keen (1860—1944) ● Psiholog american. Și-a efectuat studiile în Europa ca elev al lui WUNDT și GALTON, fiind apoi titularul catedrelor de psihologie ale Universităților Pennsylvania și Columbia; este considerat astăzi ca unul din clasicii psihologiei. Lui i se datorează folosirea pentru prima dată a termenului de TEST MINTAL (1890), precum și realizarea primului test psihologic bazat pe timpul de reacție (apreciat ca fiind

James Mc Keen Cattell

„de inteligență" de către autorul lui). A fost primul președinte al Corporației psihologilor din S.U.A. și a condus mulți ani Asociația psihologilor americani. Dintre lucrările cele mai importante reținem „Mental test and measurements" (1890) și „Mental association investigated by experiment" (1899), în colaborare cu S. BRYANT.

165. CATTELL[(T)] teste ● R. B. CATTELL este autorul unui număr impresionant de teste obiective de personalitate, de tip factorial, dintre care cele mai utilizate în practica curentă sînt:

- Testul de fluiditate verbală sau testul factorului „F" (preluat în Franța de BENASSY și CHAUFFARD) este un test care pune în evidență trăsături temperamentale. Subiectul este solicitat să furnizeze timp de un minut un număr cît mai mare de cuvinte care să înceapă cu o anumită literă (indicată de examinator). În psihopatologie se constată un „F" ridicat (fluiditate pronunțată) la dizarmonici isterici și la maniacali, în timp ce la depresivi factorul „F" este scăzut (fluiditate atenuată).
- Testul de perseverație Cattell sau testul „P", este apreciat de specialiști drept unul dintre cele mai bune teste obiective de personalitate, întrucît permite evidențierea și evaluarea unei trăsături de personalitate, și anume a factorului „P" (de „inerție mintală"), după SPEARMAN sau „dispoziție-rigiditate" după CATTELL, în funcție de comportamentul manifestat de subiect în cursul rezolvării unor sarcini motorii. Testul constă în exercitarea alternativă a unor acțiuni simple, precum și în efectuarea altor acțiuni care implică efort creator sau modificarea unor deprinderi. În domeniul clinic se constată cum factorul „P" este mai ridicat sau mai puternic exprimat în cazul epilepticilor, al afecțiunilor cerebrale organice, în general al personalităților psihastenice, în timp ce la maniacali și isterici factorul „P" este scăzut.
- Cattell Culture Free Intelligence Tests (1940) este o baterie de teste nonverbale, vizînd performanțe relativ independente de condițiile socio-culturale și educaționale specifice, destinate copiilor și adulților. Este puternic saturată în factorul „G" (inteligență generală) și cunoaște trei variante sau scări pentru nivele diferite de vîrstă, fiecare scară prezentînd două forme (A și B) și cîte opt probe (de „culture free", de înțelegere verbală și de cultură specifică).

Pentru explorarea aspectelor afective și a altor trăsături ale personalității adulte, în clinică se utilizează chestionarul de anxietate Cattell (compus din 40 itemi referitori la cinci factori) și chestionarul 16 P.F. (compus

Scanned with OKEN Scanner

din 187 itemi referitori la 16 factori), ambele chestionare avînd structură factorială.

166. **CAUALENŢIE** (cf. gr. *kabbale* de la *kataballo* „a da jos, a dărîma") ● Termen folosit de PARACELSIUS pentru epilepsie ; a avut o foarte redusă circulaţie, fiind în scurtă vreme abandonat.

167. **CAUMESTEZIE** (cf. gr. *kauma* „arsură" ; *aisthesis* „percepere") ● Senzaţia de căldură marcată resimţită de subiect în condiţiile în care atît temperatura corpului său cît şi a mediului nu justifică aceasta. Întîlnită în stările de agitaţie maniacală, la personalităţile dizarmonice de tip isteric.

168. **CAUSTICITATE** (fr. *causticité* ; cf. gr. *kaustikos* ; lat. *causticus* „care arde") ● Caracteristică a hipertimiei maniacale, care se manifestă printr-o atitudine ironică şi batjocoritoare din partea subiectului. Acesta face observaţii tăioase privind ţinuta, mimica, dialogul interlocutorului său ocazional, indiferent dacă acesta este membru al familiei, medic sau personal de îngrijire, dînd (pentru scurt timp), unui observator neavizat, impresia de spirit deosebit de observaţie şi spontaneitate.

169. **CAUZALGIE** (cf. gr. *causis* „arsură" ; *algos* „durere") ● Sindrom neurovegetativ reflex, cu manifestări vasomotorii, secretorii, trofice şi dureri atroce, care apare în perioada de vindecare a unui traumatism sau postamputaţii la nivelul nervilor mediani, cubital-sciatic ; a fost descris de WEIR-MITCHELL. Durerea este intensă, avînd caracter de arsură, şi iradiază pe traiectul nervului, continuînd şi fiind exacerbată de orice excitant fizic sau psihic. Durerea poate fi provocată şi de excitanţi aplicaţi în zona cutanată îndepărtată (sinestezalgii). Modificările tegumentare constau în absenţa pilozităţii, eritem, tegumente lucioase subţiate, acoperite de sudoare. Pot fi afectate şi articulaţiile degetelor care se tumefiază şi devin dureroase ; degetele se edemaţiază, unghiile devin friabile, acoperite de striaţii. Sindromul este datorat unei nevrite, cu iritaţia dureroasă a fibrelor sensibilităţii vasculare sau vaso-sensibile. Simptomatologia neurologică este acompaniată de semne psihice, anxietate şi depresie, care se amplifică paralel cu durerea.

170. **CAUZALITATE** (fr. *causalité* ; cf. lat. *causa*) ● Relaţie generică prin care un anumit fenomen, numit cauză, face să se ivească în lume un alt fenomen derivat, numit efect. Avînd un rol esenţial în devenirea universală, cauzalitatea reprezintă o categorie centrală a concepţiei deterministe, iar dezvăluirea şi înţelegerea raporturilor cauzale constituie una din modalităţile majore ale explicaţiei ştiinţifice, suportul teoretic al intervenţiei practice eficiente a omului în desfăşurarea proceselor din realitate. Prima teorie privind natura cauzalităţii îi aparţine lui ARISTOTEL. Atribuind cauzei un sens metafizic, de premisă ontică sine-qua-non a unui existent în genere, ARISTOTEL distinge patru cauze a căror acţiune integrată face posibilă realitatea unui lucru : cauza materială (substanţa din care este alcătuit), cauza formală (modelul ideal al lucrului), cauza finală (scopul spre care tinde existenţa lucrului în armonia cosmică) şi cauza eficientă (forţa activă care modelează materia după tiparul formei şi în acord cu scopul final). Conceptul modern de cauzalitate reţine doar ultima accepţiune a „cauzei" aristotelice, fiind elaborat conform paradigmei epistemice a concepţiei mecaniciste, care absolutizează tipul relaţiilor elementare de cauzalitate ce au loc la nivelul interacţiunilor mecanice dintre macrocorpuri. Determinismul rigid, de tipul celui imaginat de LAPLACE, defineşte cauzalitatea drept un raport liniar şi univoc, în care o singură cauză precedă şi generează un anumit efect, cauza fiind unicul factor activ din care efectul decurge nemijlocit. Corelînd cauzalitatea cu necesitatea, concepţia mecanicistă nu poate evita consecinţele fataliste, considerînd că toate stările viitoare ale universului sînt riguros prefigurate în starea lui actuală, lanţurile cauzale înscriindu-se pe trasee fără întreruperi sau abateri, intervenţia accidentului şi a întîmplării nefiind decît aparenţe datorate ignoranţei, neputinţei intelectului omenesc de a descifra toate caracterele din cartea infinită a naturii.

Progresul ştiinţei în secolul nostru a scos în evidenţă mărginirea modelului mecanicist al cauzalităţii ; accesul cercetării fizice la nivel micro-cosmic, investigarea fenomenelor cuantice şi termodinamice, ascensiunea spectaculoasă a biologiei şi diversificarea ştiinţelor sociale au stat la originea unei crize profunde a determinismului clasic de tip laplacean, îndemnînd pe unii savanţi şi filozofi ai ştiinţei să adopte o poziţie indeterministă, conform căreia cauzalitatea nu este o determinaţie universală a realităţii obiective, ci o schemă intelectuală de ordonare convenţională a datului empiric. Apariţia ciberneticii, a informaticii şi a teoriei generale a sistemelor a făcut posibilă elaborarea unui model ştiinţific de cauzalitate. În lumina cunoştinţelor actuale, cauzalitatea se înfăţişează ca un raport complex şi neunivoc, în care lanţurile cauzale interfe-

Scanned with OKEN Scanner

rează, interacționează în producerea efectelor, suportînd influența variabilă a unor condiții dispuse în configurații nerepetabile, iar efectele se raportează retroactiv asupra cauzelor care le-au generat (feed-back sau conexiune inversă). Modelul complex al cauzalității, adecvat formelor evoluate de organizare a materiei, face posibilă intervenția unui număr nedefinit de variabile, ceea ce creează un spațiu de joc întîmplării, înlocuind vechea încorsetare fatalistă a cauzalității în chingile rigide ale necesității cu o viziune probabilistă, în lumina căreia relațiile dintre cauză și efect sînt mediate de factori aleatori, de configurații complexe de interacțiuni și condiționări, de variația statistică a necesității și întîmplării. Pornind de la varietatea tipurilor de relații cauzale specifice diferitelor domenii ale existenței, conceptul filozofic de cauzalitate sintetizează atributele universale ale determinării cauzale, argumentînd valabilitatea legii cauzalității, conform căreia orice fenomen, orice realitate finită are o cauză, fiind exclusă și contrară emergenței din neant. Extrapolarea legii cauzalității la nivelul infinitului duce însă la false supoziții obscurantiste privind cauza primordială a universului, alimentînd speculațiile cu iz teologic și eschatologic. Redefinită în spirit dialectic, cauzalitatea își menține rangul de problemă esențială a explicației științifice — dezvăluirea cauzelor care produc un anumit fenomen și a legilor după care acționează acestea dînd măsura cunoașterii fenomenului și instituind premisele controlului practic eficient asupra acestuia. A stărui asupra importanței cauzalității în psihopatologie este de prisos.

171. CAVODIL[M] Anglia — DCI *Fenipraziпă* ● Antidepresiv, timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (α-metilfenetil) hidrazină, indicat în depresii inhibate, fără efecte sedative. Nu se asociază cu timoleptice, betablocante, psihostimulente → IMAO.

172. CAZ (cf. lat. *casus* „cădere, întîmplare, accident") ● În medicină, individ reprezentînd, printr-o boală cu o simptomatologie clinică sau o evoluție deosebită care necesită îngrijiri speciale, o situație exemplară.

Prin extensie, tehnica analizei sau studiul de caz constituie un instrument de cercetare psihologică, de patologie clinică, psihologie judiciară, psihoterapie și psihiatrie (H. SZEWCZYK, 1970). Se urmărește pe o perioadă mai îndelungată anumiți subiecți, luîndu-se în considerație coordonatele mediului de viață, ale impactului cu evenimentele pe plan social, ale stării de sănătate, ale producției artistice etc.

173. CAZ LIMITĂ — stare limită → BORDER-LINE.

174. CAZUISTICĂ (fr. *casuistique*) ● Tehnica aplicării principiilor morale generale la situațiile particulare de viață. Frecvent practicată de către iezuiți, promotori ai unei morale religioase acomodante, cazuistica a degenerat într-o artă subtilă, dar ignobilă, a împăcării conștiințelor culpabile cu rigorile formale ale unei etici lipsite de intransigență și dispusă la compromisuri — de unde accepțiunea peiorativă pe care a căpătat-o termenul : argumentare abilă, dar sofistică a unor teze îndoielnice. În metodologia științifică actuală, prin cazuistică se înțelege procedeul stabilirii unui adevăr prin analiza comparativă a unor cazuri individuale (sens cu largă aplicabilitate în medicină).

175. CĂLĂU DOMESTIC ● Structură dizarmonică de personalitate, descrisă de HUYEA și MORGENSTERN care își manifestă potențialitatea patologică numai în cadrul familiei, asupra membrilor acesteia. Preponderența în cadrul familial ar fi o formulare mai apropiată de realitate. După autorii menționați, ar exista două tipuri diferite : activ și pasiv, cu diferențe comportamentale notabile, dar și cu consecințe asemănătoare asupra relațiilor intrafamiliale. Tipul activ — suspicios, neîncrezător, disprețuitor față de ceilalți, megaloman — întrunește trăsături al căror conținut negativ reprezintă o amenințare pentru cei din jur : este mai specific pentru sexul masculin (îi corespunde descrierea făcută lui Tănase Scatiu de D. Zamfirescu). Tipul pasiv ar fi acompaniat de structura epileptoidă prin : viscozitate și lentoare, opoziție disimulată, acte de brutalitate marcate de explozii afective.

După LÔO și DESCAMPS, acești subiecți ar putea beneficia de terapii analitice.

176. CĂLĂTORIE PATOLOGICĂ ● Simptom a cărui istorie psihiatrică începe odată cu „alienații migratori" (FOVILLE, 1885), fiind denumit ca atare de BRIAND MOREL și LIVET (1914). Caracteristica definitorie constă în efectuarea unor călătorii lipsite de scop, la care se adaugă motivația delirantă sau absența oricărei motivații. CAROLI și MASSER disting trei subgrupe de astfel de călătorii :

- călătorie patologică simplă, a cărei funcție este supunerea la o comandă delirantă, fără ca această călătorie să se integreze în construcția delirantă ;

- călătorie patologică secundară, care se integrează în conţinutul delirului;
- călătorie patologică pură.

Ca şi fugile patologice (de care le deosebeşte o oarecare organizare a traseului, absenţa caracterului impulsiv şi a tulburărilor de conştiinţă), călătoriile patologice se pot întîlni în manie, deliruri cronice sistematizate, schizofrenie, dizarmonii de personalitate. O semnificaţie aparte o au atunci cînd se încadrează în sindromul presuicidar, în care plecările sînt generate de ideile delirante de autoacuzare. P. LÔO şi H. LÔO neagă existenţa delimitării unor astfel de simptome, în timp ce MARCHAIS susţine posibilitatea încadrării în această categorie şi a „călătoriilor imaginare".

177. CĂMAŞĂ DE FORŢĂ ● Cămaşa de forţă era confecţionată dintr-un material rezistent, în forma unui sac, fiind încheiată cu şireturi la spate şi cu mînecile foarte lungi, astfel încît prin încrucişarea extremităţilor acestor mîneci, să se realizeze imobilizarea mîinilor bolnavului. Acest mijloc de contenţie era completat prin fixarea la pat cu ajutorul unor fişii, cearşafuri etc. Instrument de „tratare" (de fapt imobilizare fizică) a bolnavului psihic, larg folosit înainte de apariţia şi dezvoltarea terapiei moderne.

Secole de-a rîndul, bolnavii psihici, consideraţi a fi „posedaţi de demoni" sau „victime ale pedepsei divine", au trezit sentimente de teamă şi repulsie, fiind trataţi nu numai similar cu criminalii periculoşi, uneori chiar mai rău decît aceştia (BEDLAM în Anglia); încătuşaţi, imobilizaţi în lanţuri, închişi în celule asemănătoare cuştilor pentru animalele sălbatice, erau înfometaţi, torturaţi, cu o cruzime deosebită, în scopul „purificării", „vindecării" prin penitenţă. Este acreditată afirmaţia că, dacă nebunia este la fel de veche ca şi istoria omenirii, ea nu a fost multă vreme considerată ca boală, iar bolnavul psihic nu a fost tratat ca un mare suferind decît atunci cînd omul a devenit OM. Evoluţia mijloacelor terapeutice folosite în instituţiile în care erau izolaţi bolnavii psihici este paralelă cu evoluţia istorică a devenirii conceptului de omenie, umanitate. După întunecoasa perioadă a Evului Mediu european, cînd ideile novatoare ale iluminismului, apoi ale enciclopediştilor, distrug dogmele religioase, spărgînd tiparele de comparaţie a omului cu Diavolul sau cu Dumnezeu şi văzînd în el un fenomen al naturii, boala psihică capătă şi ea semnificaţia de afecţiune (şi nu efect al forţelor supranaturale). Bolnavul psihic îşi capătă statutul de bolnav, de suferind, dar el este în continuare considerat a fi periculos (şi accesele de furie chiar erau) pentru societate, mai ales în condiţiile în care chimioterapia sedativă, antipsihotică era departe de a fi cunoscută. În continuare, ei sînt izolaţi în instituţii (de astă dată „filantropice" sau pe lîngă mînăstiri) şi imobilizaţi pe perioada strictă a accesului de agitaţie psihomotorie — în cămaşa de forţă care, comparată cu mijloacele de contenţie anterior folosite, era oricum mult mai „blîndă". Ea încetează a mai fi folosită atunci cînd îşi face apariţia chimioterapia, care a reuşit (competent administrată) să reducă agresivitatea şi periculozitatea bolnavului agitat. Se sfîrşeşte astfel trista epocă a mijloacelor inumane de tratament aplicate bolnavului psihic, termenul de „cămaşă de forţă" fiind înlocuit prin cel de „cămaşă chimică" (DELAY).

178. CĂSĂTORIE ● Convenţie încheiată oficial între un bărbat şi o femeie care hotărăsc să trăiască împreună întemeind o familie. Această definiţie, ca şi altele posibile (exemplu, traiul în comun al unei femei cu un bărbat, pentru o perioadă durabilă de timp liber consimţit de parteneri şi legalizat printr-un act de stare civilă) nu epuizează aspectele infinit de complexe ale unei instituţii umane ce implică, prin particularităţi de dinamică interpersonală, aceeaşi diversitate ca însăşi natura umană. Motivele reale ale încheierii unei căsătorii au fost şi sînt însă diverse, de la dragostea sinceră şi reciprocă pînă la consideraţii de ordin social, familial şi patrimonial; ele urmăresc fie fericirea individuală a partenerilor, fie procrearea, fie obţinerea sau păstrarea unor statuturi şi roluri sociale sau a unor bunuri, fie menţinerea purităţii unei clase sau rase. Aceste motivaţii intervin separat sau sînt combinate în funcţie de caracteristicile individuale ale partenerilor sau de cele ale epocii, ale statutului social al partenerilor şi al grupului lor familial.

Căsătoria poate fi liberă sau impusă, indisolubilă sau nu, tradiţională sau modernă. Sociologia şi antropologia stabilesc motivul originar al căsătoriei în necesitatea permanentizării sistemului social, acesta instituind familia ca celulă de bază a societăţii. Căsătoria implică o comuniune fizică şi spirituală, stabilizează relaţiile sexuale pe baza afinităţii şi complementarităţii psihologice şi identificării sexuale mutuale a partenerilor, asigură procrearea şi socializarea descendenţilor într-un cadru cultural şi socio-familial specific, dar şi socializarea partenerilor la vîrsta înaintată (după părăsirea căminului parental de către

copii) cînd apare confruntarea cu dificultățile psihologice și existențiale ale senectuții.

Dimensiunile ei sînt multiple: biologice, spirituale, morale, sociale, juridice, patrimoniale, demografice, toate acestea avînd implicate dimensiunea psihologică și eventualele ei consecințe psihiatrice.

Căsătoria este monogamă la majoritatea popoarelor, tipul mono- sau poligam fiind determinat de rata distribuției sexelor, de anumite tradiții culturale și religioase. Studii sociologice au constatat desfășurarea fenomenului căsătoriei în limite geografice și etnice foarte strînse; astfel se vorbește de o endogamie geografică, regională sau etnică, diminuată însă de creșterea mobilității populațiilor, dar și de una socială și culturală; conform căreia proximitatea de grup social și cultural determină pregnant rata nupțialității. Este confirmată existența și rolul unei forme tradiționale premergătoare căsătoriei, logodna, oficiată cu scopul de a verifica viabilitatea uniunii prin adaptarea partenerilor la viitorul rol și statut familial, precum și de cadrul juridic al căsătoriei. Durata armoniei din timpul logodnei este element valoric pentru succesul conjugal alături de fericirea în cuplul parental al soțului și alți 150 de factori enumerați de KIRK PATRICK (1947) în monografia sa „Ce spune știința despre fericirea în căsătorie".

Pentru psihanaliză cuplul marital este un triunghi oedipian. Studiile care au urmărit căsătoria asortativă (între parteneri suferinzi de aceeași afecțiune psihică) au confirmat parțial ipotezele sociologice de orientare psihanalitică ale familiei, după care soțul ideal este cel cu o imagine parentală bine definită, și au infirmat ipoteza nevoilor complementare care dictează alegerea partenerului după nevoile temperamentale proprii fiecăruia dintre parteneri.

Puține și departe de a fi concludente sînt studiile ce privesc aspectele biopsihologice. KINSEY (1953) consideră gratificarea sexuală ca obiectiv important și chiar principalul obiectiv al căsătoriei pentru multe din cuplurile anchetate de el. Aspectul biologic al relației maritale trebuie privit însă din punct de vedere a unei sexualități spiritualizate, prin intricarea ei indisolubilă cu nevoia de comunicare, care oferă o dimensiune nouă, specific umană, unei funcții investite filogenetic cu simpla finalitate a procreerii. Femeia și bărbatul nu se află într-un raport de polaritate reductibil la sexualitatea genitală și nici de complementaritate, ci într-un raport definit prin întîlnirea unei alte subiectivități de către propria subiectivitate, care primează relației „diadice" (REED) sau „transsubiectivismului" (METRAL), esența cuplului uman, fie că e instituționalizat sau nu prin căsătorie. Cuplul marital funcționează de fapt ca sistem (ALGER) al cărui echilibru rezultă din conlucrarea armonioasă (în limitele sincerității, devoțiunii și fidelității) a două persoane inevitabil diferite și a cărui esență este comunicarea. Aceasta implică însă și relații de interacțiune dinamice și reversibile cu alte sisteme (familial, profesional, social). Astfel, reglementările juridice ale căsătoriei semnifică o relație cu sistemul social, prin caracterul de contract legal asupra unei virtuale și mutuale promisiuni de unire definitivă, dar și de posibilitate a unor opțiuni opuse datorate fluctuației dinamice a relațiilor emoționale intra- și intersubiective.

Dinamica cuplului marital cuprinde, pe lîngă aspectele legate de modificarea statutului și rolului femeii prin emanciparea ei socială, și aspecte de natură, în primul rînd, psihologică: expectația fiecărui partener asupra fericirii conjugale și succesul social în cadrul cuplului, evoluția rolurilor specifice de-a lungul istoriei proprii a cuplului, înlocuirea relației „diadice" cu una „triadică" ocazionată de apariția primului copil, depășirea perioadelor de criză prilejuită de părăsirea căminului de către copii și readaptarea la relația „diadică" pierdută, problemele adaptării la vîrsta senectuții și consecințele ei etc.

Tipuri de căsătorie. Sociologii au descris căsătoria tradițională și utilitară din societatea americană modernă (și din societățile industrializate) întemeiată mai mult pe considerente religioase și economice, decît pe necesități afective sau sexuale. În opoziție cu etica puritană care, condamnînd existența relațiilor sexuale pre- și extramaritale, promovează idealul unei iubiri romantice, în societatea contemporană a apărut modelul „deschis", în care relația maritală presupune grija reciprocă, respect și responsabilitate, prosperitatea cuplului fiind fundamentul în cadrul căruia, dragostea, sexualitatea și fidelitatea își ating semnificațiile lor profunde și adevărate.

Cadrul juridic al căsătoriei. În legislația noastră civilă o căsătorie este juridic valabilă și recunoscută dacă respectă următoarele categorii de condiții (V. URSA):

- Condiții de fond necesare încheierii căsătoriei:
  - condiții menite să garanteze existența aptitudinilor fizico-biologice și psihice de a se căsători ale viitorilor soți (diferența de sex, vîrsta matrimonială, sta-

rea de sănătate şi cunoaşterea ei reciprocă, deplinătatea facultăţilor mintale ale viitorilor soţi);
- condiţii care garantează existenţa voinţei comune şi libere de a se căsători: asemenea situaţii, indiferent de natura şi durata lor);
- alienaţia mintală cronică;
- debilitatea mintală cronică.

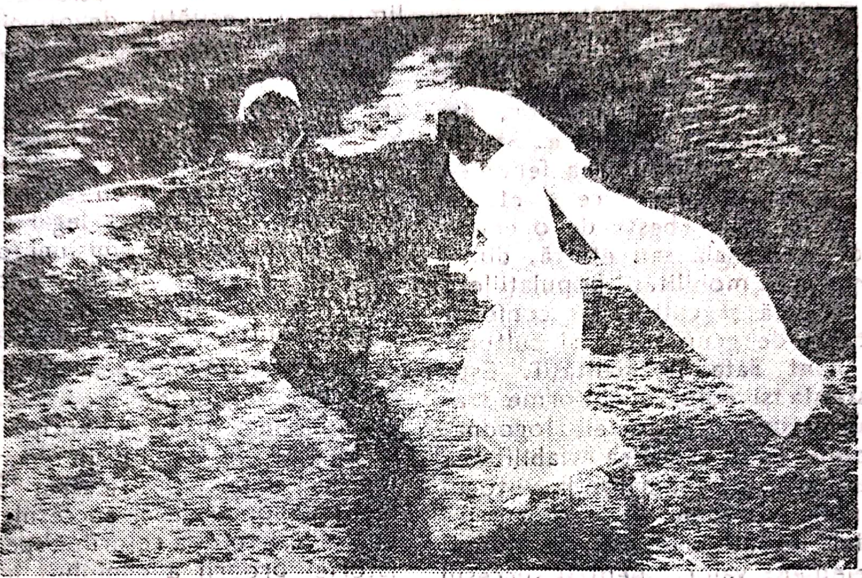


Foto: Milan Sediacek

consimţămîntul, caracterul liber, neviciat al acestuia şi actualitatea lui;
- condiţii negative (piedici legale referitoare la încălcarea principiilor morale — monogamie);
- Condiţii de formă necesare încheierii căsătoriei. Dreptul civil descrie căsătoria fictivă sau simulată (încheiată în alt scop decît cel al creării unor raporturi personale şi patrimoniale specifice de familie, a cărei valabilitate poate fi confirmată numai de stabilirea unor relaţii conjugale fireşti) şi căsătoria putativă (căsătorie lovită de nulitate, la încheierea căreia cel puţin unul dintre soţi a fost de bună credinţă, necunoscînd cauza nulităţii, ca de exemplu faptul că celălalt este căsătorit sau suferă de alienaţie mintală cronică).

Aspectele medico-legale sînt legate de îndeplinirea aptitudinilor fizice necesare întemeierii căsniciei (astfel, deşi vîrsta matrimonială la noi este de 18 ani, pentru femei ea poate fi şi de 16 ani cu dispensa Comitetului Executiv Judeţean sau al Municipiului Bucureşti şi de 15 ani cu aviz medical), de sancţiunea juridică reprezentată de anularea căsătoriei, condiţiile medicale de nulitate fiind condiţiile de nulitate absolută şi anume:
- lipsa vremelnică a facultăţilor mintale (ebrietate, hipnoză, sugestie sau alte

Aspectele psihiatrice sînt deosebit de diverse în manifestarea clinică, patologia de cuplu marital fiind legată atît de interacţiunile psihologice de cuplu cît şi de intervenţia acţiunii maritale, a funcţiilor şi rolurilor familiale în nevroza unuia din parteneri, de exemplu. Reunirea într-un cuplu a psihoticului cu alt psihotic, cu un nevrotic sau cu un sănătos a evidenţiat o conflictualitate maritală manifestă de ambele părţi şi un mediu psihopatogen, nefavorabil descendenţilor. După NIELSEN, frecvenţa mai mare a patologiei psihice la soţiile bolnavilor ar fi determinată de o predispoziţie bio-psihologică anterioară contractării căsătoriei, fiind precipitată de boala soţilor şi de alţi factori stresanţi. „Asortarea" atunci cînd poate fi demonstrată, apare ca tendinţa unei persoane cu predispoziţii similare de a se căsători şi interacţiona patologic.

Se poate structura chiar o tipologie de pattern-uri patologice maritale, ca în cazul soţului nevrotic (exces al dominaţiei masculine cu consecinţele negative asupra cooperării şi luării deciziilor în cuplu, asupra creşterii copiilor) sau al patologiei soţiei alcoolicului (revendicativă şi criticistă, protectoare, dependentă).

Terapia cuplului are ca obiectiv găsirea de noi căi de comunicare în interiorul sistemului, lipsa comunicării fiind adesea principala cauză a disfuncţiei maritale, abordarea disfuncţiilor sexuale, de direcţionarea şi reechilibrarea interacţiunilor din interiorul cuplului, pentru stabilirea unui nivel nou de cooperare şi realizare a satisfacţiilor vieţii de cuplu.

179. C.D.P.(M) Anglia — DCI *Clordiazepoxid* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

180. C.D.P.-CHOLINE(M) Japonia — DCI *Citicolină* • Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5′-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

181. CEAI-CEISM (rus. *čaj*) • Ceaiul este băutura preferată din frunzele şi florile unui arbust din familia Tiaceelor (Thea senesis). Cultura acestei plante s-a generalizat în întreaga lume, iar ceismul s-a integrat în economia şi chiar în cultura unor popoare, aşa cum este cel japonez, care a cultivat de-a lungul secolelor un veritabil ritual al ceaiului. Ceaiul este cunoscut încă din secolul al XIV-lea e.n., cînd era folosit ca remediu împotriva unor boli. Abia peste două secole i s-au descoperit celelalte calităţi, îndeosebi cele gustative, fapt ce a determinat extinderea folosirii lui. În Europa a pătruns datorită portughezilor, în anul 1571, şi s-a extins treptat în Olanda, Rusia, Insulele britanice. În privinţa consumului de ceai, locul I în lume la ora actuală îl ocupă Anglia, urmată de Irlanda, Noua Zeelandă, Australia, U.R.S.S., Tunisia, Maroc, Canada, Egipt, Olanda, Belgia, S.U.A., Danemarca etc.

În frunzele de ceai se găsesc circa 130 de substanţe folositoare organismului. Dintre acestea, un grup important este cel al tananţilor; taninul, compusul de bază al acestora are o proporţie variabilă, în funcţie de varietatea ceaiului (cel negru are 12—16%, iar cel verde 25%) şi de modul preparării. Acţiunea astringentă a taninului este utilă în colicile abdominale. Alt grup de substanţe este cel al alcaloizilor, cafeina, teofilina şi teobromina. Ceaiul chinezesc conţine 2—3% cafeină, ca şi varianta Robusta a arborelui de cafea, ceea ce determină o acţiune excitantă asupra sistemului nervos central, în special asupra centrilor respiratori şi vasomotori, potenţînd funcţia prosexică şi îmbunătăţind performanţele intelectuale.

Cafeina din ceai nu are efecte negative asupra somnului, din cauza edeninei, substanţă care diminuează sau neutralizează această acţiune. Teofilina, în afara acţiunilor similare cofeinei, dar de intensitate scăzută, are importantă acţiune vasodilatatoare asupra vaselor coronariene. Grupul cel mai caracteristic de substanţe conţinute în frunzele de ceai este constituit de cateine, care au efecte antioxidante, împiedicînd formarea peroxizilor nocivi organismului, acţiune antimicrobiană şi de menţinere a nivelului optim de vitamină F necesară metabolismului colesterolului. Abuzul de ceai preparat, de obicei, sub forma decoctului, poate determina accidente acute cu simptomatologii de tipul ceismului acut sau, în cazul consumului îndelungat, ceismul cronic. Acesta din urmă se întîlneşte frecvent în ţările anglo-saxone la degustătorii de ceai şi determină manifestări nervoase ca : excitaţie, depresie, vertij, fenomene halucinator-delirante, manifestări neurovegetative digestive şi cardiace. În Tunisia, s-au descris şi cazuri de caşexie gravă, datorită folosirii repetate a decocturilor de ceai negru.

În afara substanţelor descrise mai sus, ceaiul conţine şi vitamine ca : B_2, C, F, P şi K (ceaiul verde are un conţinut mai mare de vitamina C decît cel negru). O multitudine de statistici şi studii experimentale au demonstrat acţiunea de atenuare a proceselor inflamatorii reumatismale, a celor din hepatita cronică cu influenţă favorabilă asupra hipertensiunii şi aterosclerozei, asupra litiazei renale sau biliare şi chiar de atenuare a acţiunii stronţiului radioactiv degajat de explozii nucleare.

Ţinînd cont de toate acestea putem face din ceai o băutură-remediu care, aşa cum susţineau manuscrisele orientale „împrospătează trupul, frăgezeşte inima, deşteaptă gîndirea şi întăreşte mintea".

182. CEBRUM(M) Italia • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON(M) România.

183. CECITATE (cf. lat. *caecitas* „orbire"; *caecus* „orb") • Pierdere parţială sau globală a acuităţii vizuale, ca urmare a unor leziuni ale receptorului periferic, ale căilor aferente sau ale centrilor de protecţie corticală ai analizatorului vizual. Au fost descrise aspecte pre-

cum : cecitate diurnă (hemeralopie) şi nocturnă (nictalopie, vesperalopie) cecitate cromatică (acromatopsie).

De o mai mare importanţă practică este clasificarea în cecitate corticală şi psihică. Cecitatea corticală apare în leziunile bilaterale ale cortexului occipital (ariile 18, 17, 19), pacientul neavînd conştiinţa invalidităţii sale. Cecitatea psihică, descrisă de MUNK (in 1876) şi ulterior de CHARCOT, reprezintă de fapt, agnozia optică descrisă de GOLDSTEIN (leziuni occipitale ale emisferului dominant).

Diagnosticul diferenţial al cecităţii corticale se poate stabili după următoarele criterii :

Tabel nr. XXXIV

	Cecitate corticală	Cecitate psihică
Frecvenţa	• scăzută	• crescută
Caracteristici	• totală (bolnavul nu distinge nici lumina) ; • bolnavul se loveşte de obstacole.	• parţială (bolnavul poate percepe puţin lumina)
Reflexul clipitului	• absent	• prezent
Examenul fundului de ochi	• normal	• modificat
Reflexul fotomotor	• păstrat (prin leziunea inegală sau separată a fibrelor vizuale sau pupilare)	• abolit
Halucinaţii vizuale simple	• prezente	• rare
Conştiinţa defectului de vedere	• anozognozie vizuală	• păstrată
Deteriorare psihică	• prezentă	• absentă
Orientare spaţială	• modificată	• intactă
Modificări EEG (lipsa ritmului α, a reacţiei de blocare la lumină a activităţii α, a reacţiei de însuşire a unei stimulări luminoase intermitente).	• uneori prezente	• absente

Termenii de cecitate verbală (KÜSSMAUL) şi alexie au fost creaţi prin extensiune, desemnînd o alterare senzorială mai complexă.

Cecitatea isterică reprezintă o tulburare tranzitorie sau permanentă, aproape în toate cazurile, bilaterală, mai rar întîlnită, fiind mai frecventă la bărbaţi. Apare brusc, în legătură cu motivaţii emoţionale puternice, şi păstrează tot timpul un caracter demonstrativ. Indiferenţa faţă de „invaliditatea" în care subiectul crede totuşi, absenţa frecventă a anxietăţii sînt elemente de diagnostic diferenţial cu alte forme de cecitate, la care se adaugă evitarea privirii examinatorului care i se adresează, aspectul normal al globilor oculari, fund de ochi normal, prezenţa reflexelor pupilare şi a reflexului de clipire. Sub influenţa unui factor emoţional intens sau a sugestiei, subiectului îi poate reveni brusc vederea.

Este utilizat şi termenul de cecitate morală, care se referă la o perversiune instinctuală, la o constituţie perversă, desemnînd absenţa unei funcţii etice.

O problemă importantă pe plan medical şi social apare în legătură cu starea psihică şi cu posibilităţile de adaptare socială a persoanelor suferind de cecitate. Dacă afecţiunea se manifestă de la naştere, ea poate fi însoţită uneori de alte perturbări neuropsihice, între care întîrzierea mintală ocupă un loc important. Dacă survine de timpuriu, în copilărie, deficitul intelectual este mai greu de evidenţiat şi, în general, se recuperează pe parcurs. Se observă diferenţe faţă de văzători la nivelul limbajului — valoarea reprezentativă a cuvintelor este alta. Maturizarea afectivă, structurarea Eului se realizează mai dificil, în concordanţă cu obstacolele aflate în calea descoperirii realităţii exterioare şi a stabilirii de contacte cu anturajul. Adaptabilitatea subiectului nevăzător din naştere sau din fragedă copilărie este uimitoare, dar poate fi explicată prin neutralitatea pe care o acordă

semnificației mediului înconjurător și prin compensarea eficace realizată de alte modalități senzoriale etc. Uneori însă, se remarcă tulburări afective și caracteriale.

Dacă cecitatea survine la adult, reacțiile psihice declanșate (mai frecvent, stări depresive) sînt de obicei de natură nevrotică, dar uneori tulburările în sfera psihismului sînt determinate de leziunile cerebrale care stau la baza cecității, iar adaptarea subiectului la noua situație se realizează mai greu decît la nevăzătorul din naștere.

184. **CECITATE CROMATICĂ** — sin. ANOMALIE DAUBENEY-CUDDART ; MONOCROMATISM ; DISCROMATOPSIE ; ACROMATIE → ACROMATOPSIE.

185. **CECITATE PSIHICĂ** • Sindrom descris de CHARCOT (1883) caracterizat prin imposibilitatea subiectului de a descrie ceea ce a văzut. Bolnavii acuză imposibilitatea lor de a vorbi și a evoca în clișee vizuale. Această tulburare apare în afara oricărei circumstanțe organice cerebrale. Se poate întîlni în depresie, isterie, psihoze schizofrenice și psihastenie.

186. **CECITATE VERBALĂ PURĂ** → sin. BENEDIKT-KÜSSMAUL — alexie.

187. **CECITATE VIZUALĂ** — sin. AFAZIE VIZUALĂ SUBCORTICALĂ → AFAZIE.

188. **CEDAD(M)** Italia — DCI *Benactizină* • Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilamină-etilbenzilat, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă, cît și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

189. **CEDEC(T)** *test* • Altă denumire dată testului Baruk, avînd etimologia în cuvîntul omonim, din ebraica veche, care desemnează o varietate particulară a sentimentului moral, „contopirea inimii cu mintea".

190. **CEFALEE** (cf. gr. *kephale* „cap") • Durere localizată în extremitatea cefalică la nivelul craniului (sînt excluse regiunea feței sau regiunea posterioară a gîtului — ceafa propriu-zisă). Este suferința cea mai frecventă pentru care este consultat medicul (aproximativ 20% din bolnavii din ambulator), punîndu-l deseori într-una dintre cele mai dificile situații profesionale ; să se fixeze într-un timp relativ scurt asupra cauzei celei mai probabile, să aleagă metodele de investigație cele mai potrivite, să ceară sfatul altor colegi, de alte specialități, și să indice un tratament adecvat. Se știe că substanța cerebrală în sine este lipsită de sensibilitate, deci nu doare ; sensibile sînt structurile de la nivelul craniului (pielea și țesutul subcutanat, mușchii, arterele și periostul) și intracraniene (vasele mari, arterele, nervii cranieni).

Etiopatogenie. Cauzele sînt extrem de numeroase, subiectul fiind, de cele mai multe ori, în situația de a parcurge mai multe examinări de specialitate, care să afirme sau să excludă, în primul rînd, o cefalee simptomatică, în spatele căreia s-ar putea ascunde o afecțiune gravă, care impune instituirea unor măsuri de maximă urgență. De la cefaleea psihogenă pînă la cea din tumorile cerebrale, trebuie trecute în revistă toate condițiile ce pot genera durere în regiunea cefalică.

În funcție de cauzele și mecanismele de producere a cefaleei, se pot distinge (după M. MOANGĂ) :

- *cefaleea vasculară* ;
  - primitivă — migrenă vasculară, algiile vasculare ale feței (BUIG-FORTON) ;
  - secundară — mai frecvente : hipertensiunea arterială în afara puseelor, hipertensiune arterială paroxistică, feocromocitom, arterioscleroza cerebrală, insuficiența vertebro-baziIară, hipotensiunea arterială ;
  - mai rare — arterita temporală (boala Horton), boala Takayashu, periarterita nodoasă, malformații vasculare cerebrale (angioame, anevrisme), ischemia cerebrală funcțională, intoxicația cu oxid de carbon, poliglobulinemia, encefalopatia respiratorie ;
- *cefaleea lezională* ;
  - endocraniană-benignă : abcesul cerebral, tromboflebitele cerebrale, meningitele, meningo-encefalitele, neurovirozele ; ;
  - malignă — tumorile cerebrale ;
  - exocraniană — oculară : glaucom cronic, tulburări de convergență, nevrita optică retrobulbară ; — ORL : sinuzite cronice ; — osoasă : afecțiuni care interesează bolta craniană, boala Paget, mielomul multiplu, sindromul Morgagni, metastaze, afecțiuni ale coloanei cervicale sau alte porțiuni cervico-dorsale, celulitele cefei ;
  - posttraumatică : nevromul cicatriceal al scalpului, sechelele vasculo-durale, cicatrice durală, leziunea sinusului venos ;

● *cefaleea psihogenă*. Schematic, evaluarea clinică pe care o face medicul practician (psihiatru sau nu) cînd subiectul acuză „durerea de cap" poate arăta astfel :

Tabel nr. XXXV

CEFALEE

- *Recentă* (ore, zile, săptămîni)
  - *Debut imprecis progresiv* :
    - — Tumoră cerebrală
    - — Hematom
      - ↓ Radiografii, Tomografie computerizată
      - ● investigaţii urgente
      - ● fără puncţie lombară, chiar dacă fundul de ochi este normal
      - ● după 60 de ani, este probabilă boala Horton
  - *Debut precis, cu orar* :
    - după efort : — Ruptură de anevrism
    - fără efort : — Meningită
    - practic → Puncţia lombară urgentă (fără fund de ochi prealabil)
    - — Algii vasculare ale feţei (aceeaşi localizare) → Reunesc şi necesită mai multe criterii de diagnostic
- *Veche* (ani)
  - Hemicranii
    - — Migrenă (schimbă locul)
    - Sînt necesare examene radiografice, examen neurologic, tomografie computerizată.
  - Psihogenă

Odată îndepărtate cauzele neurologice, oftalmice, reumatologice şi digestive, rămîne ca specialistul psihiatru să-şi spună cuvîntul, să aibă deplină competenţă în evaluarea clinică şi terapeutică, deşi riscă, nu rareori, să consume mult timp şi multe medicamente, pînă la o rezolvare adecvată.

Caractere clinice şi diagnostic. Este vorba, de cele mai multe ori, de o cefalee veche, instalată de mai multe luni sau de mai mulţi ani, pe care subiectul o prezintă utilizînd expresii care de care mai plastice, în încercarea de a-şi descrie cît mai fidel suferinţa, în funcţie de personalitatea sa. Sînt întîlnite, de obicei, următoarele comparaţii : ca o presiune, ca o menghină, ca o arsură, ca o greutate, ca un bolovan, ca o umflătură, ca nişte furnici etc.

Nici topografia durerii nu este uniformă, deşi se poate afirma că unele localizări sînt predilecte: regiunea occipitală a cefei (sindromul Atlas al autorilor francezi), regiunea vertexului (creştetul capului), tîmplele, fruntea. Se întîmplă ca la unii subiecţi localizările să fie multiple sau migratorii.

Ritmul durerii este caracteristic tocmai prin lipsa sa de specificitate ; durata este extrem de variabilă, de la cîteva minute la cîteva ore, săptămîni, sau chiar ani (deşi subiectul se poate odihni noaptea foarte bine, în tot acest timp insomnia fiind numai un simptom asociat). La o anamneză corectă va reieşi că factorii care declanşează sau amplifică cefaleea sînt exact aceia care generează tensiuni psihice : emoţii pozitive sau negative, contrarietate, „enervare", condiţii de zgomot excesiv, suprasolicitări pe plan intelectual, surmenaj.

Intensitatea durerii variază diurn, apărînd la 2—3 ore după încetarea activităţii şi către seară. Pot exista exacerbări cu caracter migrenoid în otite şi tulburări vegetative (înroşirea ochilor, a feţei) şi vestibulare (ameţeli). Invers, cefaleea psihogenă se ameliorează evident după un somn odihnitor, după practicarea mişcării în aer liber, după o excursie sau o vacanţă reconfortantă. Cedează, de obicei, la medicamente antialgice. La cel mai mic dubiu asupra diagnosticului, medicul psihiatru nu va evita să recurgă la ajutorul colegilor săi (neurolog, radiolog, oftalmolog), la radiografiile craniului, coloanei cervicale, la electroencefalogramă, la examen oftalmologic şi, eventual, la tomografie computerizată.

Cefaleea descrisă mai sus face parte, alături de astenie şi insomnie, din triada care alcătuieşte sindromul astenic, întîlnit în special în nevroze, dar şi în alte afecţiuni psihice (psihoze, boli care au substrat psihoorganic). În acestea din urmă, cefaleea nu are valoare clinică impor-

Scanned with OKEN Scanner

tantă, constituind un element semiologic secundar, față de depresie sau sindromul delirant halucinator. În nevrozele și decompensările nevrotice ale personalităților structurate dizarmonic, descrierea cefaleei frapează prin plasiticitatea și polimorfismul expresiei, în funcție de imaginație și gradul de cultură, de posibilitățile de expunere ale subiectului, cefaleea fiind deosebit de tenace în cazul nevrozei isterice sau a neurasteniei cenestopate și constituind o acuză frecventă a sexului feminin.

Tratamentul cefaleei psihogene este identic cu cel al afecțiunilor psihice pe al căror substrat se manifestă, cedînd uneori la măsuri simple (masaj al musculaturii cefei și centurii scapulare, căldură locală, băi calde generale, gimnastică ușoară a capului) sau la banala aspirină. Medicația tranchilizantă prescrisă (numai de medicul psihiatru, în funcție de fiecare caz în parte), va contribui la succesul terapeutic.

● *CEFALEEA LA COPII* — este relativ frecventă. Dacă unii autori admit că poate debuta în jurul vîrstei de 4 ani și chiar mai devreme, majoritatea sînt de acord să plaseze apariția cefaleei la vîrsta școlară. Poate fi difuză sau cu predominență frontală sau occipitală ; este rareori continuă și, în aceste cazuri, copiii acuză faze de exacerbare ; cefaleea este însoțită adesea de fenomene digestive sau de manifestări neurovegetative. După M. STERLING, debutul cefaleei ar fi în legătură cu reprimarea crizelor de mînie. Etiopatogenic, T. Mc. GOVERN distinge : cefaleea în afecțiunile intra- și extracraniene ; cefaleea consecutivă unor boli sistemice, ce pot modifica circulația encefalică (infecții, intoxicații, tulburări metabolice etc.) ; cefaleea în raport cu o diateză alergică ; sindrom hemicranian ; cefaleea funcțională (tensională, psihogenă, cu beneficiu secundar, de conversiune etc.) ; cefalee dificil de clasat. Cefaleea de tip tensional, cu localizare frecvent occipitală, însoțită de anxietate, grețuri, vărsături, tensiunea mușchilor cefei, ar fi, după A. P. FRIEDMAN, mai frecventă la copii hiperemotivi. Cefaleea psihogenă este totdeuna simptomatică pentru o situație conflictuală. Cînd cefaleea apare în primii ani de școală, ea este însoțită de simptome discrete, care trebuie cercetate : persistența anacronică a fobiilor normale din prima sau a doua copilărie, elemente obsesionale parazite, tulburări de somn, dificultăți de adormire, coșmaruri, enurezis. Cefaleea se dezvoltă adesea, după P. BOURDIER, pe un fond fobico-obsesional; semnal de alarmă care arată că mijloacele de apărare contra angoasei sînt insuficiente.

Migrena este o cefalee paroxistică de cauză vasculară, separată de intervalele libere ; se consideră că aproximativ 8% din copiii între 6—15 ani suferă de migrenă și că peste 50% din migrenele adultului debutează în copilărie. Clinic, se caracterizează prin crize repetitive de cefalee pulsatilă, precedată de aură vizuală senzorială sau motorie, durata este variabilă și diminuă ca intensitate după somn. Sînt frecvente tulburările neurovegetative (grețuri, vărsături, fotofobie, dureri abdominale, paloare). Migrena este precipitată de situații stresante, efort intelectual și fizic intens. Unele trăsături cum sînt hiperestezia, sugestionabilitatea, perfecționismul, anxietatea par a caracteriza copiii migrenoși. În 30% din cazuri se întîlnesc convulsii sau diferite kinestoze. Faptul că 20% din copiii cu migrenă au trasee electroencefalografice paroxistice, a determinat pe unii autori să considere afecțiunea un echivalent de epilepsie. Există și forme clinice particulare de migrenă : migrena abdominală („furtuna vegetativă abdominală"), cu paloare, vărsături, dureri abdominale ; migrena cu hemiplegie tranzitorie ; migrena oftalmoplegică (însoțită de paralizii trecătoare ale nervilor cranieni).

Cefaleea din procesele expansive intracraniene este un semn precoce, constant și de mare valoare diagnostică, produs prin tracțiunea și deplasarea structurilor intracraniene sau prin tulburări în circulația lichidului cefalorahidian. Clinic, se caracterizează prin caracterul progresiv, intensitatea moderată, accentuarea la schimbările poziției capului, la efort fizic, precum și dimineața la calmarea ei după vărsături (care se produc fără efort). Examenele paraclinice (fundul de ochi, radiografia craniană) și neurologice sînt indispensabile pentru stabilirea diganosticului.

Cefaleea din meningite și encefalite, apare în context febril cu vărsături, semne meningeale și stare generală alterată. Sînt produse de inflamația structurilor intracraniene senzitive și de contracția mușchilor cefei.

Cefaleea din malformațiile vasculare cerebrale (angioame, anevrisme) — este deosebit de violentă în caz de ruptură a acestora, situație cînd se asociază cu pierderea conștiinței, convulsii, lichid cefalorahidian hemoragic. Examenul angiografic precizează locul leziunii.

Cefaleea după traumatismul cranian, este cauzată de edemul cerebral sau de hematomul intracranian. În raport cu traumatismul, poate fi precoce sau tardivă (cerebrastenie posttraumatică).

Cefaleea postpuncțională se datorește hipotensiunii lichidului cefalorahidian și tracțiunii exercitate asupra formațiunilor centrale prin

scăderea volumului lichidului cefalorahidian. Apare la 20—30% din cazuri, după puncţia lombară.

Cefaleea asociată stărilor accesuale convulsive apare ca aură sau postconvulsiv, la trezirea din criza epileptică.

Cefaleea din bolile generale survine în afecţiuni febrile, intoxicaţii, hipertensiune arterială.

Cefaleea sinusală apare în infecţii, traumatisme, tumori, boli alergice.

Cefaleea oftalmologică survine în tulburările de acomodare, viciile de refracţie.

Nevralgiile simptomatice sînt semne ale inflamaţiilor, traumatismelor, neoformaţiilor.

191. **CEFALEE HISTAMINICĂ** — sin. ERITROMELALGIA CAPULUI $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HORTON(S) sindrom.

192. **CEFALGIE** (cf. gr. *kephale* „cap" ; *algos* „durere") ● Termen sinonim cu cefaleea, pe care unii autori (C. ARSENI) îl preferă, considerînd că şi durerea extremităţii cefalice face parte, alături de celelalte „algii", din grupa mare a sindromului dureros.

193. **CEFALINE** — sin. ENKEFALINE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ENDOMORFINE.

194. **CEFALO-** (cf. gr. *kephale* „cap") ● Element de compunere utilizat în termenii care se referă la cap.

195. **CEFALOCEL** (cf. *cefalo-* ; gr. *kele* „tumoră, hernie") — sin. CRANIOCEL ; ENCEFALOCEL ● Malformaţie congenitală craniocefalică care constă în prezenţa unui cranioschizis prin care se herniază sub piele duramater cefalică cu o porţiune subiacentă din encefal. Cefalocelul apare în anumite puncte de elecţie (locurile de sudură a oaselor craniului sau în zonele de unire a porţiunilor unui os, provenite din nuclei de osificare diferiţi). Cel mai frecvent, malformaţia se întîlneşte în regiunea occipitală (asociată uneori cu spina bifidă a coloanei cervicale), volumul herniei putînd egala aici pe cel al craniului. Urmează ca frecvenţă encefalocelul fronto-orbital, internazal şi sfenofaringian. Clinic, tumora are dimensiuni variate, este opacă la iluminare (translucidă, cînd ţesutul cerebral din sacul hernian este atrofiat), pulsatilă, iar tegumentul modificat. La nivelul feţei, cefalocelul fronto-orbital este mai redus în volum, dar produce modificări importante ale fizionomiei.

Printre simptomele asociate, mai frecvente sînt diplegia spastică, parapareza, hidrocefalia, crize epileptice şi întîrzierea în dezvoltare psihomotorie. Examenul radiologic (mai ales ventriculografia) poate stabili proporţia de ţesut cerebral şi de spaţii lichidiene cuprinse în tumoră. Cefalocelul trebuie diferenţiat de hemangiomul congenital şi hematomul obstetrical cu sediu parietal (nu sînt pulsatile şi descresc treptat în volum).

Prognosticul este în raport cu sediul cefalocelului, conţinutul sacului hernian şi anomaliile asociate. Aproximativ 1/3 din cazuri beneficiază de tratament chirurgical. Postoperator apar însă frecvent recidive însoţite de hidrocefalie.

196. **CEFALODINIE** (cf. *cefalo-* ; *odyne* „durere") ● Termen utilizat în trecut pentru a defini cefaleea, în prezent fiind abandonat ; încercarea unor autori de a defini prin el cefaleea la copil, nu a reuşit să se impună.

197. **CEFALONIE** (cf. gr. *kephale* „cap", augmentativ) ● Disproporţie cranio-cerebrală, ce constă în macrocefalie (dimensiunea anormală a craniului, însoţită şi de creşterea greutăţii creierului, care poate atinge 2,850 g). Evidentă de la naştere este de etiologie diversă, fiind asociată cu tulburări neuropsihice (întîrziere mintală, în special în dezvoltarea limbajului, prezentă chiar atunci cînd hipertrofia cerebrală este unilaterală). Anatomopatologic se constată hiperplazia sclerotică a creierului. Prognosticul este nefavorabil.

198. **CEGRAMINE**(M) Portugalia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamină)propiofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanţe de psihostimulare inferioare amfetaminelor, şi cu performanţe anorexigene apropiate de cele ale fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO ; în timp, poate realiza farmacodependenţă. Acţiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

199. **CELECTOL**(M) Austria — DCI *Celiprolol* ● Betablocant, de tip 3-/3-acetil-4-/3-(tert-butilamină)-2-hidroxipropoxi/fenil/-1,1-dietiluree, indicat în combaterea anxietăţii, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice, combaterea tremorului senil. Nu se asociază cu IMAO.

200. **CELSUS**(B) *boală* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CATALEPSIE.

201. **CENESTEZICE**(H) *halucinaţii* (cf. gr. *koinos* „comun" ; *aisthesis* „senzaţie") ● Halucinaţii ale sensibilităţii generale şi interne Pot fi halucinaţii cenestezice generale, care realizează sindromul de depersonalizare (electrizări, pose-

Scanned with OKEN Scanner

siuni demono- sau zoopatice, transformări corporale) sau parţiale (halucinaţii ale sensibilităţii viscerale).

202. **CENESTEZIE** (cf. gr. *koinos* ; *aisthesis*) ● Sursa acestei noţiuni de interes istoric se află în tradiţia aristotelică şi scolastică. În viziunea lui Aristotel, originea memoriei, a imaginaţiei, a capacităţii de judecată era „simţul comun" care unifică datele senzoriale. Pornind de la această concepţie, cenestezia a primit diverse interpretări în secolul al XIX-lea şi la începutul secolului al XX-lea, toate însă destul de ambigue. Astfel, REIL vorbea de un sentiment vag pe care subiectul îl are faţă de persoana sa şi care este independent de simţuri. PEISSE o definea în 1844 ca „sentiment prin care corpul apare Eului ca fiind al său". După COTARD (1877), cenestezia poate fi identificată cu tonalitatea afectivă generală. ROY, vorbea în 1905, de o „conştiinţă vegetativă splanhică", datorată informaţiilor primite pe căi proprio- şi interoceptive.

Se poate spune deci că, în viziunea clasică, se intrică trei accepţiuni : cea a stării psihice, fondînd o subiectivitate „simţită" somatic ; cea a tonalităţii afective generale şi cea a integrării datelor senzitive interne.

În lumina primei accepţiuni, COTARD privea delirul ca exces de subiectivitate, determinat de exces cenestezic, depersonalizarea fiind considerată, de asemenea, ca o tulburare cenestezică ; BLONDEL emite, în 1914, teza „conştiinţei morbide".

A doua accepţiune se apropie de sensul modern a noţiunii de dispoziţie, stînd la baza teoriilor psihopatologice „timice" (GRÜNWALD, DELAY). Folosind a treia accepţiune, teoriile perimate începeau să explice afecţiuni ca hipocondria, iar DUPRÉ argumentează cenestopatiile. ROELENS consideră cenestezia ca o noţiune mai mult fiziologică sau psihofiziologică, desemnînd domeniul sensibilităţii noastre generale.

La începutul secolului trecut, cenestezia a fost concepută ca ansamblu şi sumă a senzaţiilor interne, venind din toate zonele corpului şi transmise, în cea mai mare parte, pe căile vegetative, către centrii nervoşi superiori. Cenestezia ar fi resimţită, în mod normal, ca o senzaţie de bine, de bunăstare, de existenţă plenară.

GUIRAUD, plecînd de la noţiunea de ardoare vitală sau elan vital (BERGSON), face o critică a conceptului de cenestezie şi propune înlocuirea lui cu cel de „cenotimie", întrucît estezia implică un Eu care simte ceva nou, provenit fie din interior, fie din exterior. Ca expresie a unei integrări continue, la care participă, fără încetare, întregul corp şi modificările lumii exterioare, cenotimia este atipică, constituind originea Eului şi a conştiinţei. Ca pentru toate funcţiile sensibilităţii, tulburările se manifestă şi în acest caz prin iluzii, halucinaţii, halucinoze, interpretări delirante, fenomene care apar în numeroase psihoze, dar mai ales în hipocondria delirantă. După alţi autori (BERNARD), lipsa de precizie a noţiunii de cenestezie ar fi mult mai bine compensată prin introducerea noţiunii de schemă corporală.

203. **CENESTOPAT** (cf. gr. *koinos* „comun" ; *aisthesis* „senzaţie" ; *pathos* „încercare, experienţă") ● Tip constituţional cu o sensibilitate deosebită, resimţind în mod particular cenestezia, din care se recrutează ulterior suferinzii psihici — schiţat de DUPRÉ. Acest „dezechilibru" constituţional al sensibilităţii îi deosebeşte însă pe cenestopaţi de hipocondriaci, primii păstrîndu-şi nealterate activitatea şi contactele sociale, ceilalţi caracterizîndu-se prin introspecţie, preocupare excesivă pentru boală, anxietate.

Cu toată fineţea descrierilor, „cenestopatul" nu s-a păstrat ca tip deosebit de personalitate, frecvenţa tulburărilor aparent caracteristice fiind crescută într-o largă serie de afecţiuni psihice şi avînd un caracter foarte puţin specific.

204. **CENESTOPAT**(D) *delir* ● Convingere puternică a unor subiecţi, impenetrabilă la argumente şi la proba obiectivă a realităţii, privind acuzele lor cenestopate. Termenul a fost introdus de SIVADON. Sînt greu de diferenţiat ideile delirante cenestopate de halucinaţiile corporale. Subiectul are convingerea că senzaţiile cenestopate în diferite zone ale corpului (arsuri, înţepături, dureri, furnicături) au un substrat organic obiectiv. Acestea îi perturbă întregul comportament, subiectul consultînd numeroşi medici pentru a găsi cauzele senzaţiilor percepute. Se poate întîlni în orice tip de psihoză, fiind mai frecvent în psihozele preinvolutive şi involutive.

205. **CENESTOPATIE** ● Tulburări particulare ale cenesteziei, descrise şi denumite astfel de DUPRÉ şi P. CAMUS (1907). Sînt alterări locale ale sensibilităţii comune, de tip algic sau parestezic, putînd interesa orice zonă sau punct al organismului. Ca fenomen psihopatologic, sînt ireductibile la un alt proces morbid şi greu descriptibile de către subiect. ROGUES DE FURSAC afirmă că *„există tot atîtea tipuri de cenestopatii cîţi cenestopaţi sînt"* şi subliniază, ca şi alţii, caracterul straniu pe care îl au descrie-

rile bolnavilor, amintind de ideile delirante. Cenestopatiile, considerate ca tulburări perceptive, se pot înscrie într-un continuum de gravitate, mergînd de la simple iluzii pînă la halucinații.

Caracterul funcțional, anorganic, independent de orice leziune locală patogenă și existența lor autonomă sînt, după DUPRÉ, atributele lor fundamentale. Cenestopatiile nu apar izolate, ci asociate cu anxietate, depresie, tulburări obsesive. De asemenea, cenestopatiile pot sta la baza constituirii unui delir hipocondriac, fiind, în acest caz, analoge cu tulburările psihosenzoriale din alte tipuri de delir. Interpretări mai moderne, pornind chiar de la descrierea princeps, încadrează cenestopatiile printre alterările conștiinței de sine, respectiv ale somatognoziei. Deși pot apărea aproape în întreaga patologie psihiatrică, cenestopatiile sînt mai frecvente în neurastenie, nevroza anxioasă, isterică și depresivă, ateroscleroză cerebrală, unele deliruri.

206. **CENESTOPATOZĂ** EGLITIS sin. → CENESTOPATIE (DUPRÉ-CAMUS).

207. **CENILENE**(M) Portugalia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

208. **CENO-** (cf. gr. *koinos* „comun" § *kainos* „nou") ● Element de compunere care introduce în termeni noțiunea de comun (koinos) sau de nou (kainos).

209. **CENOFOBIE**(F) (cf. gr. *kenos* „gol" § *phobos* „frică") — sin. KENOFOBIE(F) ● Teamă patologică de spații deschise (cîmpii, deșerturi, mări), diferită de agorafobie, care implică posibilitatea unor evenimente cu succesiune rapidă (accidente, agresiuni), specifice doar aglomerărilor urbane. Cenofobia implică o absență a posibilității de refugiu, ca apărare. Este întîlnită la personalități psihastenice, la subiecții anxioși, ca fobie unică în unele nevroze.

210. **CENOTIMIE** (cf. *ceno-* § gr. *tymos* „spirit", „inimă") ● Termen utilizat de GUIRAUD pentru a defini timia fundamentală și globală. Nu mai este utilizat în prezent în semiologia psihiatrică → CENESTEZIE.

211. **CENSTIM**(M) S.U.A. — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă § este posibilă și se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze — minim 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

212. **CENTALUN**(M) R.F.G. — DCI *Centalun* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-1-fenil-3-butin-1,2-diol, cu acțiune anxiolitic sedativă.

213. **CENTEDRINE** (M) Ungaria — DCI *Metilfenidat* ● Psihostimulent, derivat difeniletilaminat de tip α-fenil-2-piperidin acid acetic metil ester § efectele simpaticomimetice pot fi considerate nule. Indicat în astenie, depresii reactive, diminuarea activității intelectuale din presenilitate, sevraj, (toxicomanii, alcoolism), tulburări de dinamică sexuală și, în asociere cu alte psihotrope, pentru combaterea efectelor lor secundare (cea mai frecventă asociere pare a se realiza cu produsele reserpinice). Efectele secundare sînt, în general, moderate și constau în insomnie, nervozitate, eretism cardiac, anxietate moderată. Contraindicațiile sînt reprezentate de stări de excitație psihomotorie, anxietate, comițialitate, sarcină și afecțiuni cardiace.

214. **CENTIL** (cf. lat. *centum* „sută") ● Valoare de structură a unei repartiții statistice care marchează împărțirea unei selecții, ordonate după valorile în creștere ale variabilei în o sută de părți egale.

În psihometrie, centilul indică locul unui subiect în raport cu o sută de indivizi de aceeași vîrstă cronologică, centilul „100" corespunzînd în mod obișnuit celui mai bun subiect iar centilul „0", celui mai slab din punct de vedere al performanțelor intelectuale.

Cotația în centile are însă o serie de inconveniente de ordin statistic (diferența de nivel între subiecții de rang 95 și 90 este mult mai mare decît a subiecților 55 și 50).

În practică, centilul 50 corespunde unui QI de 100, iar centilele 25 și 75, unui QI de 90 și 110.

Corespondența dintre QI și centile este, după L. MOOR, următoarea :

Tabel nr. XXXVI

Centile	1	3	5	7	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
QI	59	68	73	77	81	85	89	91	94	96	98	99,7	101,4	103

Centile	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
QI	105	106	118	110	118	115	118	123	125	130

215. **CENTILAJ** ● Ordonare realizată prin dispunerea unui eșantion de populație reprezentativ, într-o sută de clase cu frecvențe egale. Diverse explorări psihometrice (ale inteligenței, atitudinilor, trăsăturilor de personalitate etc.) se bazează pe această metodă de măsurare în clase, sau de etalonare.

216. **CENTRAC**[(M)] Grecia — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

217. **CENTRACTIL**[(M)] R.F.G.; **CENTRACTYL**[(M)] Suedia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

218. **CENTRAMIN**[(M)] Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

219. **CENTRARE** (cf. gr. *kentron* ; lat. *centrum*) ● Termen introdus în psihologie de PIAGET, desemnind direcționarea aproape exclusivă a funcțiilor cognitive asupra unor porțiuni sau segmente limitate ale realității, care constituie obiectul de moment al cunoașterii.

● Centrarea perceptivă, ca subfază a percepției, constă în mobilizarea analizatorilor specifici, cu minimum de intervenție a subiectului, astfel incit obiectul centrat este perceput cu maximum de acuitate, dar supraestimat, celelalte elemente ce formează fondul perceptiv fiind subestimate. „Spațiul perceptiv nu este omogen și este, în fiecare moment, centrat iar zona de centrare corespunde unei dilatări spațiale, în timp ce periferia acestei zone este cu atit mai mică cu cit se depărtează mai mult de centru" (J. PIAGET). Iluziile optico-geometrice reprezintă efectele fiziologice normale ale deformărilor survenite prin centrări perceptive.

● Centrarea intelectuală constă în efectuarea unor raționamente asupra unor situații date, prin luarea în considerare numai a anumitor aspecte caracteristice situației și neglijarea celorlalte.

În psihogeneză, cele două tipuri de centrare se compensează reciproc prin coordonări succesive, fiind ajustate prin decentrări → DECENTRARE.

220. **CENTRAX**[(M)] Anglia, S.U.A. ● Tranchi- sin. lizant, derivat benzodiazepinic → CENTRAC[(M)] Grecia.

221. **CENTRENCEFAL** (cf. gr. *kentron* ; *enkephalos* „creier") ● Sistem neuronal central ipotetic, imaginat de PENFIELD, în 1950, în intenția de a oferi un suport anatomic funcției de integrare interemisferică și deci unității coerente a proceselor psihice. Este vorba de zona diencefalo-hipotalamică, deci deformațiunile de la baza creierului. În cadrul acestor formațiuni nervoase, ar exista un sediu al integrării percepțiilor, altul al evocării experiențelor și altul al achizițiilor. Se pare (MAC-LEAN,

PAPEZ) că sistemul format din cornul lui Amon, hipocamp şi sistemul amigdalian are o anumită importanţă în elaborarea compartamentului (activitatea şi motivaţia de ordin instinctivo-afectiv). Pînă în prezent nu s-a putut aduce însă nici o dovadă certă în acest sens.

222. **CENTRE DE INTERES** — metodă pedagogică • Tehnică creată de psihiatrul belgian O. DECROLY pe principiile educaţiei funcţionale, constînd în axarea procesului instructiv-educativ pe activităţi (mai ales pragmatice) care corespund unor interese dominante ale copilului şi unor particularităţi de vîrstă şi psihologice proprii acestuia. DECROLY distinge patru centre de interes „fundamentale", stabilite prin reducerea trebuinţelor biologice şi psihologice la patru nevoi fundamentale (de a trăi, de securizare şi protecţie, de muncă colectivă, de odihnă şi recuperare), care asigură atingerea finală a scopului şcolii, şi anume, adaptarea la realitate. Elevii optează pentru un anumit „centru de interes", pe care il studiază de-a lungul unui an şcolar, stabilindu-se preferenţial şi tipul activităţilor didactice.

La baza activităţii şcolare stă observaţia directă şi indirectă (inducţia) a realităţii studiate „in loco" sau prin metode figurative, procurate sau construite de elevi şi profesori. Inducţia este urmată de un exerciţiu de „asociere" (compararea datelor observate, stabilirea legăturilor cauzale etc.) şi de exerciţii de „exprimare" concretă (prin desen, activităţi practice, jocuri educative) şi abstractă (lectură, scris, recitat etc.), toate subscriindu-se centrului de interes ales de elev. Pe linia centrelor de interes se mai înscriu: „metoda complexelor", experimentată în U.R.S.S., care se aseamănă prin finalitate cu „metoda proiectelor", elaborată tot de DECROLY, şi metoda COUSINET.

223. **CENTROLYSE**(M) Argentina — DCI *Butriptilină* • Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip DL-10,11-dihidro-N,N, β-trimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-propilamină, indicat în depresii de intensitate variabilă (efectul terapeutic obţinîndu-se în funcţie de dozaj), cu o bună toleranţă →TIMOLEPTICE.

224. **CENTROTON**(M) Austria — DCI *Pirovaleronă* • Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip 4'-metil-2-(1-pirodinil)valerofenonă, indicat în mod deosebit în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor şi anticonvulsivantelor → PSIHOSTIMULENTE.

225. **CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ** • Progresul uriaş şi incontestabil făcut de psihiatria ultimelor decenii a însemnat nu numai un proces de delimitare şi circumscrieri în găsirea unui limbaj şi a unei metodologie proprii, dar şi o deschidere majoră pentru problemele comunităţii, avînd drept impact esenţial tendinţa la schimbarea mentalităţii asupra bolii psihice.

Particularităţile bolii psihice au făcut ca ea să figureze printre problemele prioritare ale sănătăţii publice, strîns legate de însăşi construcţia unei infrastructuri organizatorice care să poată articula funcţional şi să răspundă dezideratelor majore de intervenţie eficientă:

- incidenţa crescută dublată de o ridicată prevalenţă;
- cronicitatea unui important număr de boli psihice şi capacitatea lor invalidantă;
- existenţa în colectivitate a unor tulburări psihice izolate cu potenţial evolutiv către boala psihică;
- evoluţia îndelungată a bolii psihice, cu implicarea negativă directă sau indirectă a individului şi familiei sale;
- afectarea grupelor tinere şi a copiilor, urmată de creşterea contingentului de deficienţi (dependenţi);
- problema incapacităţii temporare de muncă, care situează bolile psihice în toate ţările lumii pe prima grupă de morbiditate cu ITM;
- eforturile recuperatorii îndelungate şi dificile;
- tensionarea colectivităţii de către bolnavul psihic;
- costul ridicat individual şi comunitar al bolii psihice;
- neacceptarea bolii de către bolnav;
- implicaţiile medico-judiciare.

În aceste condiţii, general valabile istoric în ceea ce priveşte boala psihică, situaţiile sistemului medical au variat de la o etapă la alta, într-o strînsă legătură cu cel puţin trei factori majori:

- progresul terapeutic;
- modelul socio-comunitar;
- factori economici.

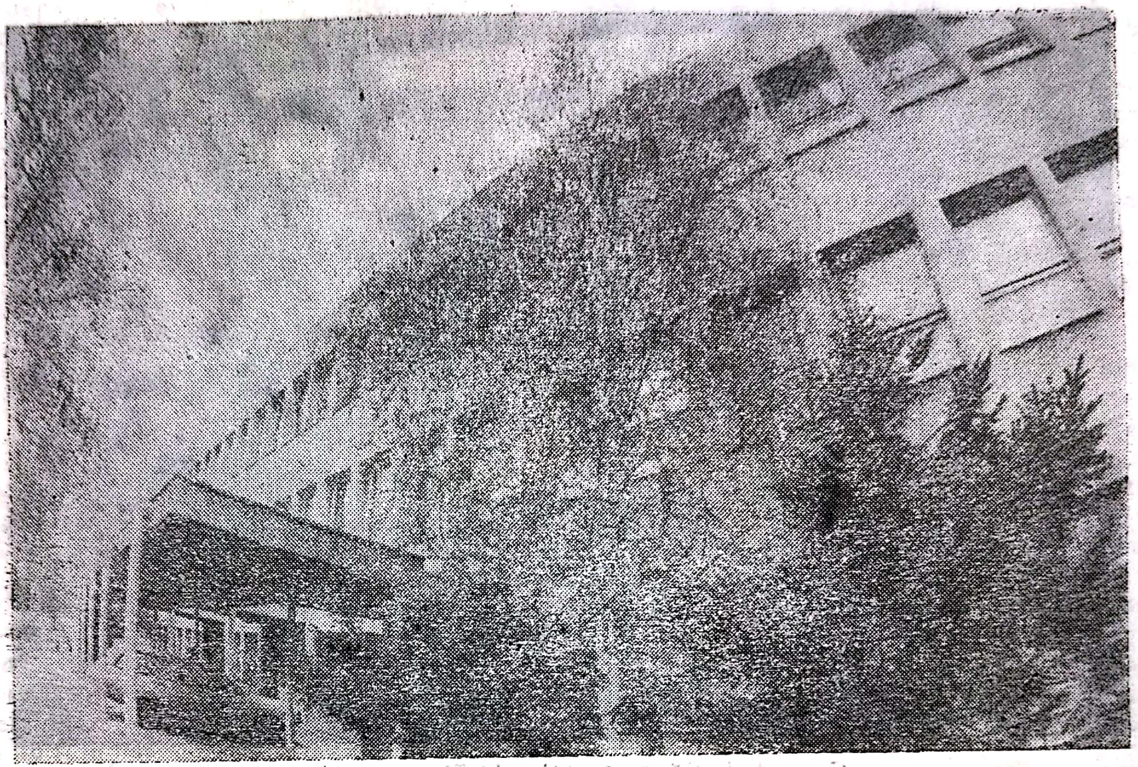
Tendinţa generală a medicinii a evoluat spre înţelegerea nu numai a patologiei sub raport bio-psiho-social, deci ca întreg şi indivizibil, ci şi a actului medical şi recuperator pentru bolnav, văzut ca unitate funcţională şi operaţională în cadrul ansamblului comunitar. O astfel de abordare are consecinţe practice, întrucît vom găsi în esenţa ei şi motivaţiile pentru care nu a mai fost acceptat la un moment dat un model instituţional

Sistemul azilar, care a fost instituit după revoluţia pineliană, a răspuns bine etapei prekraepeliniene cînd, deşi s-a făcut dovada că bolnavul nu trebuie să stea în lanţuri, nu se poate stabili cu exactitate unde trebuie plasat. Terapiile biologice au fost cele care au provocat fisuri adînci zidului azilar, spulberînd mitul incurabilităţii bolilor psihice şi deschizînd nu numai poarta etiologică şi etiopatogenică ci şi pe cea a spitalului care nu a mai rămas un drum cu sens unic. Revoluţia terapiei biologice, ca şi a terapiilor „de şoc", în ciuda eficacităţii lor, au zguduit conştiinţa publică. Din păcate, soluţiile „de şoc" au devenit un loc comun în societatea deceniilor patru şi cinci, avînd un larg ecou pe întreaga planetă şi constituind un obstacol psihologic, care va fi cu greu depăşit în anii postbelici.

Totuşi, ultima poartă şi cea mai bine zăvorită, aceea a conştiinţei comunitare, va fi deschisă, indirect, tot datorită progresului terapiilor biologice, concretizat prin sintetizarea tripticului neuroleptice-antidepresive-anxiolitice, care a redat bolii psihice dimensiunea reală de boală, ca oricare alta. Extra muros nu a fost însă, aşa cum se pare, numai opţiunea psihiatriei, ci întreaga medicină s-a deplasat în ultimele decenii în afara spitalului. Relaţia modernă a trinomului boală-medic-bolnav, generată de mutaţiile practicii medicale, fac ca medicina să fie azi tot mai socială, desfăşurîndu-se acolo unde omul munceşte şi trăieşte.

Orientarea pregnantă către ambulator, în care se desfăşoară peste 80% din actele terapeutice ale psihiatriei, a necesitat găsirea unor formule de optimizare a acestora. Cu toate acestea, ambulatorul singur, chiar în formula lui cea mai dezvoltată — Laboratorul de sănătate mintală — nu poate răspunde tuturor cerinţelor comunităţii pe care o deserveşte, chiar dacă-şi îndeplineşte la parametrii cei mai înalţi funcţia de dublu filtru activ în orientarea bolnavului psihic. Experienţa unor ţări cu bogată tradiţie, ca: U.R.S.S., S.U.A., Anglia, Franţa (unde au devenit celebre „arondismentul 13" şi naşterea psihiatriei de sector), au făcut ca discuţiile să treacă de la aspectul evaluator şi critic la cel praxiologic, la instituirea unei viziuni sistemice moderne şi operaţionale în asigurarea asistenţei de specialitate.

Centrul de sănătate mintală se desprinde de acest context ca un model complex şi multifuncţional, cu activitate predominant extraspitalicească, avînd autonomie şi o mare flexibilitate în ceea ce priveşte canalele de comunicare. Organizarea Centrului de sănătate min-

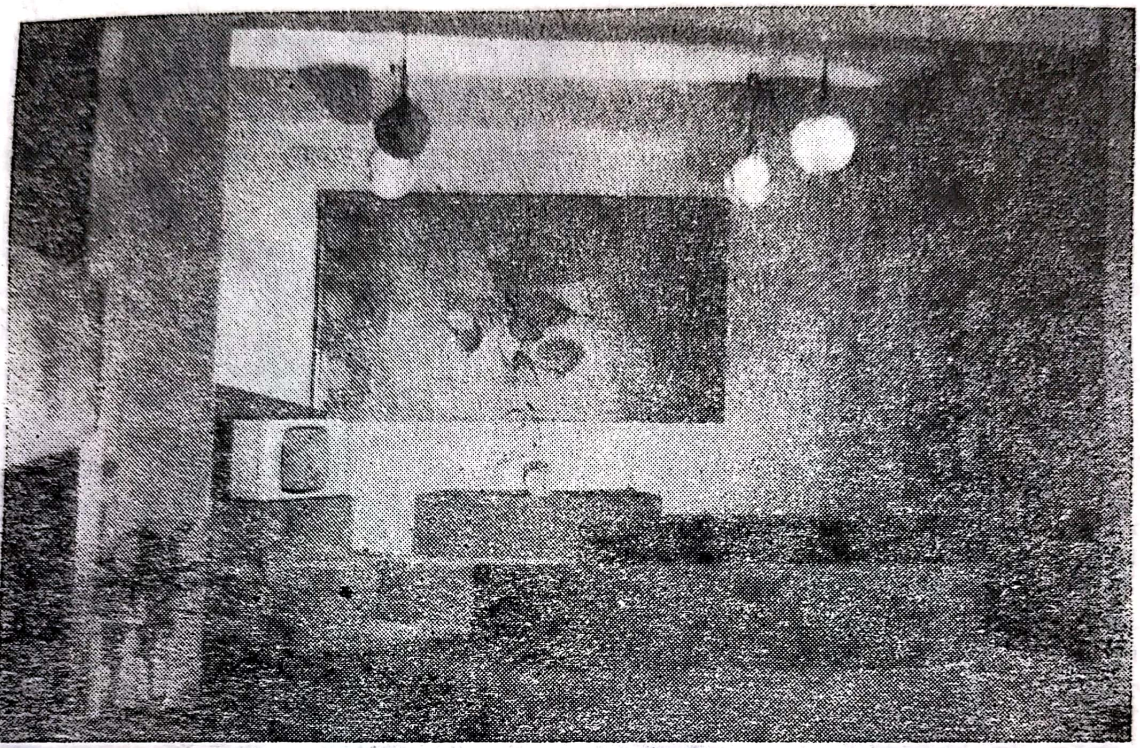


Centrul de Sănătate Mintală Titan – Bucureşti

tală este complexă, o astfel de unitate putînd cuprinde următoarele formaţiuni complete:

- Laboratorul de sănătate mintală (1—3 laboratoare, după numărul membrilor comunităţii);

bolilor psihice, pe care comunitatea i le pune în faţă. Acest lucru ar fi cu neputinţă fără asigurarea unui sistem de legături operaţionale eficiente, în permanenţă libere, care să realizeze o bună ghidare a bolnavului cu o cît mai redusă



Centrul de Sănătate Mintală Titan (interior)

- Staţionarul de zi (cu 100—200 locuri, după numărul laboratoarelor de sănătate mintală arondate);
- Staţionarul cu paturi (circa 25% din numărul de locuri al Staţionarului de zi);
- Serviciul relaţii sociale.

Dimensiunile acestei structuri se pot modela după nevoile comunităţii, experienţa noastră indicînd o funcţionare optimală, la o populaţie de 500 000 de locuitori, a unui Staţionar de zi cu 200 de locuri şi 50 de paturi. La aceste dimensiuni, Centrul de sănătate mintală Titan a reuşit o rezolvare a circa 8 000 de internări pe an, circa 100 000 de consultaţii şi 2 500 de dispensarizări anuale. Totodată, studii ale OMS arată că la populaţii mai mici de 100 000 de locuitori şi la un număr mai mic de 80 de locuri staţionar de zi, formaţiunea îşi pierde viabilitatea. Încadrarea complexă cu specialişti şi buna organizare a compartimentului social creează posibilitatea rezolvării majorităţii problemelor, precum şi a numeroaselor exigenţe privind recuperarea, combaterea şi prevenirea desprindere de mediul său socio-profesional şi familial. Un astfel de sistem de legături, în majoritatea biunivoce, determină posibilitatea unei atitudini responsabile şi active, constituind, din punct de vedere medical, însăşi raţiunea de funcţionare a Centrului de sănătate.

Acesta trebuie să-şi dezvolte însă în permanenţă şi un alt tip de legături, care nu numai că vor feri instituţia de marginalizare şi îngustare a problematicii, dar implică şi o sensibilizare a psihiatrului la schimbările ce intervin în comunitate (legăturile cu alte instituţii comunitare).

Sănătatea mintală, în cadrul sănătăţii comunitare, joacă un rol central şi de o deosebită importanţă în epoca pe care o trăim, iar Centrul de sănătate mintală trebuie să fie garantul medical al acesteia, punctul de referinţă şi sprijin al comunităţii dispuse să-şi rezolve o problemă de interes major.

226. CENUŞĂREASĂ — *complex* • Structură particulară a personalităţii copilului de-

scrisă de W. H. GREEN în cadrul tulburărilor de personalitate de tip evitant (avoidant). Copilul este adesea inhibat de către părinţii săi care îl devalorizează sistematic, minimalizîndu-i rolul în cadrul grupului familial. Părintele, permanent depăşit de evenimente, inhibat şi timid ca şi copilul său, acţionează represiv asupra iniţiativelor şi dezvoltării acestuia.

227. **CENZURĂ** (cf. lat. *censura* „apreciere, verificare, critică") ● Ca termen de specialitate noţiunea de „cenzură" este specifică limbajului psihanalitic, desemnînd acea funcţie ce interzice, mai mult sau mai puţin intens, accesul dorinţelor inconştiente şi al formaţiunilor derivate din aceste dorinţe la sistemul preconştient-conştient. FREUD vorbeşte despre cenzură în special în textele referitoare la o „primă topică" (împărţirea aparatului psihic în trei subsisteme: inconştient, preconştient, conştient). În acest sens, cenzura se exercită ca un baraj selectiv asupra tendinţelor psihice din inconştient, pentru a le împiedica să pătrundă în sistemul conştient. Astfel, cenzura este funcţiunea pe care se sprijină refularea. Dar cenzura se exercită şi între sistemul preconştient şi conştient. În teoria sa asupra viselor, FREUD atribuie cenzurii rolul de a suprima sau deforma unele pasaje, fragmente din conţinutul viselor, lacunele care apar în visul manifest, elementele bizare, fragmentele pe care persoana nu şi le mai aminteşte sau şi le aminteşte vag, obscur. În cadrul visului cenzura funcţionează după trei modalităţi:

- îmbinarea unor pasaje;
- atenuarea, slăbirea, indeterminarea altor părţi din conţinutul visului;
- deformarea unor conţinuturi (prin omisiune, regrupare a elementelor, deplasare a centrului de gravitate de la un fapt la altul), astfel încît visul manifest diferă mult de visul latent.

Cenzura provoacă însă nu numai o deformare a visului (a conţinuturilor), ci se exercită continuu pentru a păstra deformarea produsă fiind definibilă ca o relaţie dinamică; în acest sens ea este un factor care întăreşte şi menţine rezistenţa în travaliul analitic, în interpretare. Acţiunea cenzurii este variată: unele elemente sînt suprimate, altele modificate, iar altele trec în conţinutul manifest al visului fără să fi suportat modificări. Tendinţele care susţin cenzura sînt cele pe care persoana în stare de veghe nu le admite, nu le acceptă ca fiind ale sale; un refuz manifest poate fi un efect al cenzurii, aici devenind necesară interpretarea. Tendinţele cărora cenzura li se aplică sînt cele apreciate ca indecente din punct de vedere moral şi social. „Aceste dorinţe cenzurate, care în vis capătă o expresie deformată, sînt, înainte de toate, manifestările unui egoism fără margini şi fără scrupule" (FREUD). În timpul somnului Eul se detaşează de exigenţele morale şi cedează exigenţelor instinctului sexual, exigenţe opuse regulilor morale restrictive. În căutarea plăcerii libidoul este liber să-şi aleagă obiectele, rezistenţele fiind suprimate; astfel, libidoul îşi exercită alegerea în special asupra obiectelor interzise (mama, fiul, sora); dorinţele de răzbunare, dorinţele vizînd moartea unor persoane pe care subiectul în existenţa conştientă le iubeşte, se manifestă frecvent în vise. Toate aceste dorinţe nu apar în starea de veghe, pentru că ele sînt interzise, reprimate de cenzură. Există şi vise în care se realizează satisfacerea unor dorinţe legitime, a unor trebuinţe organice, iar conţinutul acestora nu suportă nici o deformare. Deformarea depinde de doi factori: măsura în care dorinţa este reprimabilă (este mai intens opusă regulilor morale) şi intensitatea proprie cenzurii. FREUD leagă cenzura de Eu: „deformarea visului este o consecinţă a cenzurii pe care tendinţele Eului o exercită împotriva tendinţelor şi dorinţelor indecente care izbucnesc în noi în timpul nopţii, în somn".

În a doua sa teorie asupra aparatului psihic („A doua topică"), FREUD înglobează cenzura în apărare şi o leagă de Supraeu. Supraeul (aşa cum apare el ca o altă instanţă, pe lîngă Sine şi Eu) are funcţie de cenzor al Eului; el îşi exercită acţiunea sa interdictivă de principiu moral (principiu autoritar prohibitiv) ca instanţă morală inconştientă (ca, de pildă, în sentimentele sociale, în mecanismul formării simptomelor nevrotice); Supraeul funcţionează provocînd sentimentul de culpabilitate. Indiferent de contextul folosirii noţiunii de cenzură, ea acţionează în acelaşi sens, acela de suprimare sau de deformare a unor fragmente ale discursului sau ale manifestărilor subiectului, fragmente reprezentînd conţinuturi psihice inacceptabile, reprimabile din punct de vedere al regulilor morale.

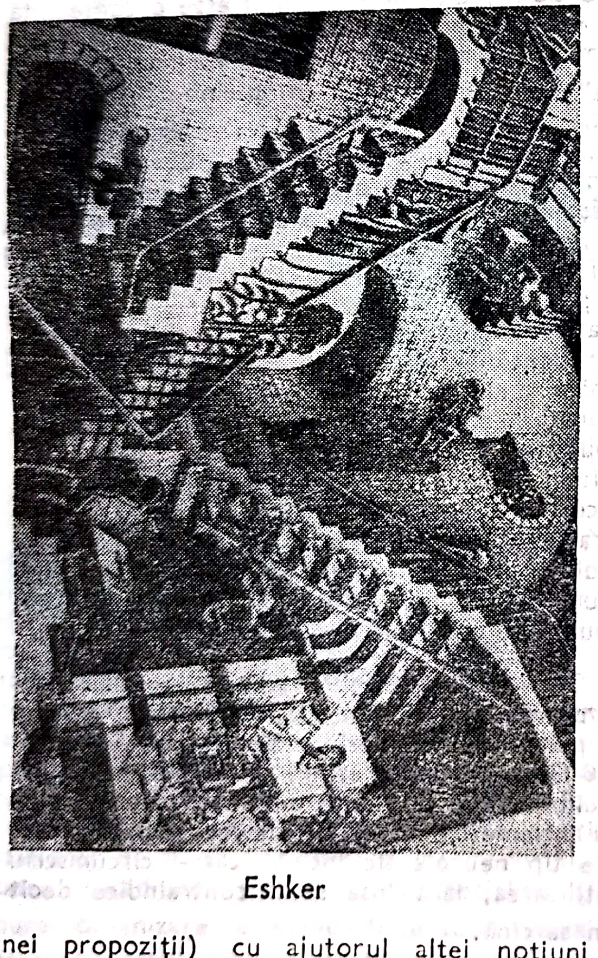
228. **CEPHALMIN(M)** Japonia — DCI *Tioproperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinat fenotiazinic de tip N,N-dimetil-10-/3-(metil-1-piperazinil) propil/-2-fenotiazină sulfonamidă, cu marcate valenţe antipsihotice şi antiemetice, dar cu efecte secundare marcate de tip neuroleptic incisiv, care-i circumscriu utilizarea, fără însă să o contraindice decît în sarcină.

229. **CERC** (cf. lat. *circus* „cerc") ● În geometrie, cercul defineşte o suprafaţă limitată de o circumferinţă, o linie curbă închisă. Înainte

Scanned with OKEN Scanner

de instituirea acestei definiţii, omul a văzut orizontul în formă de cerc, iar aşezările tribale erau concepute în formă de cerc în jurul unui totem etc. Înainte de a şti că pămîntul e rotund, arenele romane au fost construite în formă de cerc, astfel încît noţiunea geometrică este extrapolată, acoperind ideea de ceva finit şi perfect. În această viziune, grupurile de oameni legaţi între ei prin interese comune şi gravitînd în jurul unui punct, sau grupurile de oameni legaţi între ei prin convingeri comune, obiceiuri, ritualuri, prietenie, au căpătat denumirea de cercuri, pentru că ele se vor perfecte, multe dintre ele fiind „închise" (pătrunderea din afară a unei persoane făcîndu-se cu mare greutate). La celălalt pol al perfecţiunii unei construcţii care, deşi greşită nu poate fi dărîmată, este cercul vicios, care implică o eroare (de logică, de construcţie etc.).

230. **CERC VICIOS** ● Eroare logică constînd în definirea unei noţiuni (sau demonstrarea



Eshker

unei propoziţii) cu ajutorul altei noţiuni (sau propoziţii) care trebuie ea însăşi demonstrată. Utilizată în argumentare, această eroare logică duce la concluzii la fel de eronate. Situaţia este cu atît mai frecvent întîlnită, cu cît noţiunile sînt mai incorect definite şi cu cît nivelul de inteligenţă al subiectului este mai coborît (oligofrenia şi demenţa reprezentînd în acest sens condiţiile extreme).

Despre un astfel de cerc vicios se poate vorbi în cadrul anxietăţii : anxietatea determină prin ea însăşi descărcări catecolaminice, ce produc modificări neurovegetative amplificate şi întreţine astfel anxietatea subiectului. Psihastenul „se învîrte în cercul vicios al argutiilor, ruminaţiilor, dubitaţiilor". Construcţia delirantă închide personalitatea subiectului într-un cerc vicios inexpugnabil, situîndu-l în afara realităţii.

231. **CERCIN**[M] Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM[M].

232. **CERCURILE LUI WEBER** ● Metodă utilizată pentru determinarea discriminării tactile, urmărind evidenţierea tulburărilor de sensibilitate. Constă în atingerea tegumentului simultan cu cele două ace ale unui compas, mărindu-se succesiv deschiderea, pînă la obţinerea a două senzaţii distincte. Distanţa este diferită în funcţie de integritatea inervaţiei zonei respective.

233. **CEREB**[M] Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

234. **CEREBELOASE** — *crize* (engl. *cerebellar fits*) ● Sub acest nume JACKSON a descris crizele de hipertonie a musculaturii regiunii cervicale posterioare, care determină consecutiv extensia capului, fixarea tonică a globilor oculari spre superior şi contractura în extensie a membrelor. Evidenţiază de obicei o tumoră de fosă posterioară şi sînt expresia compresiei trunchiului cerebral.

235. **CEREBELOS**[S] *sindrom* (cf. lat. *cerebellum* „creierul mic") ● Clinic se caracterizează prin hipotonie musculară uni- sau bilaterală, astazie, ataxie cerebeloasă şi tulburări de coordonare : dismetrie, asinergie, adiadocokinezie, tremurături intenţionale.

Etiologia este diversă : accidente vasculare, tumori, procese infecţioase, stări toxice, boli degenerative. În raport cu localizarea procesului patogen, se pot întîlni :

Scanned with OKEN Scanner

- sindromul de arhicerebel — determinat de leziuni ale lobului floculo-nodular și caracterizat prin tulburări mari de echilibru ;
- sindromul de paleocerebel — determinat de leziuni ale vermisului anterior și caracterizat clinic prin ataxie ;
- sindromul de neocerebel — determinat de leziuni ale emisferelor cerebeloase și ale pedunculilor cerebeloși, caracterizat clinic prin tulburări de coordonare, mai ales la membrele superioare.

Prezintă importanță în diagnosticul diferențial al astazoabaziei și a altor tulburări isterice.

236. **CEREBRAL — tip** (cf. lat. *cerebrum* „creier") • Psihotip descris pentru prima dată de CLAUDE SIGAUD și MAC AULLIFFE, echivalent cu tipul nervos al lui Hipocrat sau cu leptosomul din tipologia kretschmeriană.

237. **CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ** (cf. lat. *cerebrum* ; gr. *astheneia* „lipsă de energie, slăbiciune") — sin. SINDROM SUBIECTIV COMUN (PIERRE MARIE) • Sindrom neurastenic de intensitate mai mare (comparativ cu semnele neurologice minore), descris pentru prima dată de P. MARIE în 1916 ; este întîlnit în 50—80% din traumatismele craniene. Cefaleea este simptomul cel mai frecvent, fiind localizată la nivelul cicatricii posttraumatice sau difuză, fiind exagerată de mișcările capului. de suprasolicitările fizice și psihice. Urmează, ca frecvență insomnia, coșmarurile și somnolența diurnă. Vertijul apare la mișcări bruște ale capului. Astenia fizică și psihică constituie, de asemenea, simptome foarte frecvente. Se mai pot întîlni hiperemotivitate și iritabilitate. Simptomele neurologice sînt discrete : hiperreflectivitate osteotendinoasă, tremurături, tulburări de sensibilitate de echilibru, trismus, pareze de nervi cranieni, hipersinapticotonie. Electroencefalograma înregistrează anomalii doar în 30% din cazuri : dezorganizarea ritmurilor de bază, unde delta difuze sau în focar, paroxisme fără semnificație gravă. Accentuarea în timp a anomaliilor bioelectrice poate anticipa apariția comițialității posttraumatice. Pneumoencefalografia poate pune în evidență zone de atrofie cerebrală discretă.

Evoluția cerebrasteniei este spre remisiune integrală în cîteva luni. Patogenia este determinată de leziuni neuronale, vasculare, perturbări ale circulației lichidului cefalo-rahidian și ale circulației sanguine cerebrale.

Sindromul ridică uneori probleme medico-legale și de asistență socială, mai ales în cadrul personalităților revendicative.

238. **CEREBRO-** (cf. lat. *cerebrum*) • Element de compunere care introduce în termeni, referirea la creier.

239. **CEREBROANGIOSCLEROZĂ** (cf. *cerebro-* ; gr. *angeion* „vas" ; *skleros* „dur") • Termen puțin utilizat în prezent ; în tratatele clasice desemna scleroza vaselor cerebrale, urmare de obicei a arteriosclerozei cerebrale.

240. **CEREBROL**(M) Franța — DCI *Malaminol* • Psihostimulent, derivat dimetil aminoetanol (DMAE) de tip β-dimetilaminoetil-alcool, cu acțiunea și indicațiile grupării deanol → PSIHOSTIMULENTE.

241. **CEREBROMALACIE** (cf. *cerebro-* ; gr. *malakia* „moliciune, slăbiciune") →sin. RAMOLISMENT CEREBRAL.

242. **CEREBRORAGIE** (cf. *cerebro-* ; gr. *rhage* „ruptură") →sin. HEMORAGIE CEREBRALĂ.

243. **CEREBROSCLEROZĂ** (cf. *cerebro-* ; gr. *skleros*) • Termen utilizat pentru a desemna scleroza parenchimului cerebral cu etiologii vasculare, inflamatorii sau degenerative. La finele secolului al XIX-lea reprezenta un diagnostic care îngloba în primul rînd demențele ; în timp, delimitarea nozologică etiologică a condus la abandonarea sa, avînd un cadru prea larg și apărînd și unii termeni mai bine circumscriși.

244. **CEREBROSTIMULINĂ** (cf. *cerebro-* ; lat. *stimulare*) • Este o ergonă (substanță activă de tipul hormonilor, vitaminelor și enzimelor) cu efect neuroexcitator care s-ar găsi în lichidul cefalorahidian (GH. T. POPA) ; această ipoteză nu a fost însă confirmată pînă în prezent.

245. **CEREBROTONIE** (cf. *cerebro-* ; gr. *tonos* „tensiune") • Caracteristică temperamentală, evidențiată de psihologul american W. SHELDON, definind dominația inhibițiilor și a vigilenței în comportamentul de relație ; este echivalentă cu tipul cerebral descris de C. SIGAUD, corespondentul psihologic al tipului actomorfic. Tipul cerebrotonic se caracterizează prin prevalența activității simbolico-expresive (scrieri literare, creații artistice în general) în dauna activității concret-productive, prin rețineri și inhibiții în comportament, introversie, tuburări neuroasteniforme (astenie, insomnii, parestezii etc.).

246. **CEREBROZIDOZĂ** — sin. LIPIDOZĂ CU CEREBROZIDE →sin. GAUCHER(B) boală.

247. CEREGULARD(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

248. CEREGUT(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

249. CEREMONIAL (cf. lat. *caeremonia* „ceremonie religioasă, cu") ● Activitate care presupune respectarea anumitor reguli de desfăşurare a unei ceremonii; îşi are originea în practicile vechilor civilizaţii care se desfăşurau în jurul totemului şi erau adresate forţelor supranaturale în scop securizant pentru tribul respectiv.

În psihopatologie, ceremonialul presupune efectuarea strictă a unor acţiuni şi repetarea lor de un anumit număr de ori, un adevărat ritual menit să determine diminuarea tensiunii anxioase, frecvent întîlnită la personalităţi psihastenice, prin îndepărtarea de obiectul fobogen sau evitarea trecerii la act, în cazul impulsiunilor obsesive din nevroza obsesivă.

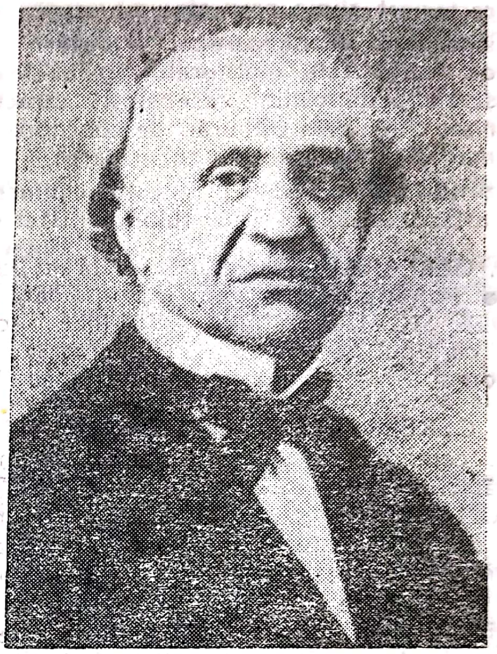
250. CEREPAX(M) Argentina — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii şi vîrstnici.

251. CERESI Laurent-Alexis ● Medic francez, interesat de suportul psihomoral, căruia îi dedică multe din lucrările sale; a rămas important pentru psihiatrie prin publicarea primului „Tratat de igienă şi educaţie psihică", în 1842, unde se ridică problema psihoprofilaxiei şi, ceea ce merită o notă deosebită, modul în care subiectul poate să contribuie la acest deziderat.

252. CEREVIN(M) Finlanda — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

253. CERLETTI — *metodă* → ELECTROŞOC sin.
→ TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ.

254. CERLETTI Ugo (1877—1963) ● Psihiatru italian, elev al lui PIERRE MARIE şi DUPRÉ, la Paris şi al lui KRAEPELIN şi ALZHEIMER la Heidelberg şi München. Se impune prin două descoperiri în domenii total diferite:



Laurent Ceresi

combinezonul alb de camuflaj al trupelor alpine (1919) şi electroşocul (1938).

Impresionat negativ de inconvenientele şocului cu cardiazol al lui MEDUNA (violenţa crizelor convulsivante, inconstanţa declanşărilor, intensitatea anxietăţii care precedă instalarea crizelor etc., cu efecte defavorabile asupra psihismului subiectului), încearcă să găsească un procedeu care să poată înlocui această metodă.

Ideea de a studia efectele curentului electric asupra activităţii cerebrale, îi apare în urma observaţiilor făcute asupra efectelor determinate de acelaşi procedeu la animalele sacrificate într-un abator din Roma. Studiind acest fenomen, el ajunge la concluzia că nu electrocutarea în sine ucide animalul, ci faza comatoasă secundară crizei convulsive, folosită pentru a înjunghia fără dificultate porcii care erau încă vii. El îşi îndreaptă cercetările asupra stabilirii parametrilor optimi pe care trebuie să-i aibă curentul electric aplicat în scopul obţinerii unei crize de tip comiţial, cu cît mai puţini factori de risc. În acest sens, el stabileşte că este necesar un curent de 125 V aplicat cîteva

zecimi de secundă. GERLETTI și BINI aplică pentru prima dată, în 1938, terapia electroconvulsivantă unui schizofren, obținînd rezultate spectaculoase, fără efecte secundare redutabile. Actul de naștere al electroterapiei este astfel semnat și, din acest moment, electroșocul va înlocui treptat șocul cu cardiazol, ocupînd un loc important mai ales în terapia depresiei, pînă în momentul descoperirii antidepresivelor, dar chiar și după aceea.

255. **CERSON(M)** Iugoslavia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

256. **CERTITUDINE** (fr. *certitude* ; cf. lat. *certus* „sigur") ● Stare psihică de siguranță, determinată de o judecată sau apreciere considerată adevărată. După LALANDE (1960), această judecată se poate evidenția prin ea însăși, în cazul certitudinii imediate sau poate fi o judecată demonstrată sau considerată ca atare, în cazul certitudinii mediate. Același autor recomandă ca certitudinea să nu fie interpretată în sensul convingerii sau credinței, termeni care sînt mai puțin preciși, cu un domeniu nu prea bine definit și care se pot substitui unui altuia, în funcție de context. Certitudinea morală este considerată de LALANDE drept o stare de spirit determinată de un obiect, fenomen sau eveniment, care, fără a fi sigur în sensul riguros al cuvîntului, prezintă o atît de mare probabilitate, încît nu ar fi potrivit să fie considerat fals. Se pot atribui mai multe nuanțe acestei noțiuni :

- certitudine empirică — bazată pe repetabilitatea unor percepții ;
- certitudine intuitivă — bazată pe impresia de certitudine ;
- certitudine teoretică — întemeiată pe caracterul apodictic al demonstrațiilor raționale.

În toate cele trei accepțiuni, certitudinea are un caracter relativ, deoarece, în primul caz, veridicitatea impresiilor senzoriale suportă dubla limitare a constituției filogenetice a organelor de simț și a acuității senzoriale individuale ; în cazul certitudinii intuitive, sîntem obligați să nu pierdem din vedere că orice intuiție este însoțită de impresia de certitudine și, în același timp, puține certitudini sînt intuitive ; certitudinea teoretică depinde de sistemul logico-matematic în ale cărei structuri semantice și sintactice se înscrie.

În patologia psihiatrică certitudinea este prezentă sub toate nuanțele : empirică în psihogenii, intuitivă în psihoze delirante de tip schizofren, teoretică în psihoze delirante neschizofrenice (paranoia, parafrenia). Sub aspectul tonalității/intensității putem consemna existența a doi poli. Personalității psihastenice îi este caracteristică absența certitudinii, dubitațiile nesfîrșite, nesiguranța de sine lipsind-o de satisfacția „posesiunii" adevărului. La polul opus se află paranoiacul care, cu aroganța și autohiperevaluarea care îl caracterizează nu are nici un moment de îndoială asupra certitudinilor sale.

257. **CERVOXAN(M)** Belgia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune pishostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și cu valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative ; are acțiune proconvulsivantă.

258. **CESTAN-CHENAIS(S)** *sindrom* ● Variantă mai puțin conturată a sindromului Babinski-Nageotte, caracterizată prin paralizia homolaterală a vălului palatin și a corzii vocale inferioare, atingerea simpaticului vegetativ și hemiplegie atenuată. Este întîlnită în stadiile finale ale demenței vasculare și posibilă în demența Pick.

259. **CEVANOL(M)** Anglia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilamino-etilbenzilat, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. De reținut acțiunea sa preconvulsivantă, cît și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

260. **CHADDOK(S)** *semn* ● Indiciu care pune în evidență leziunea fasciculului piramidal, fiind o variantă a clasicului semn Babinski ; realizează extensia halucelui prin excitarea zonei perimaleolare externe a aceluiași membru inferior.

261. **CHAMPIONYL(M)** Italia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil-/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii), fiind util și în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice : ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertije, în special de tip Ménière. Are efecte secundare comune neurolepticelor incisive, pentru doze mari. Se poate administra fără pauză de

14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

262. CHARCOT Jean-Martin (1825—1893) ● Anatomopatolog şi neurolog francez; s-a preocupat de psihiatrie şi s-a dorit psihiatru, vis

Jean Martin Charcot

pe care însă nu şi l-a îndeplinit, în ciuda prețului plătit : o semiologie neurologică, corelată anatomopatologic, cum nimeni nu mai reuşise pînă la el, care a dominat neurologia secolului. Profesor de anatomie patologică, din 1872, succedîndu-i lui VULPIAN, profesor de boli mintale, din 1882 (catedră special creată pentru el), academician, din 1883, autor al unui tratat în care apar cîteva capitole de referință : „Scleroza laterală amiotrofică" (numită ulterior boala Charcot), scleroza în plăci, neuropatia tabetică, localizări medulare. Aventura psihiatrică a lui CHARCOT a început în 1878, cînd în cadrul unei reorganizări a localului de la Salpêtrière, în secție au fost aduşi bolnavi comițiali şi bolnavi isterici care împrumutau simptomatologia primilor. Pentru CHARCOT aceasta a constituit un imbold de investigare, dar formația de neurolog îl va împinge pe o cale greşită : cea a studierii isteriei din punct de vedere descriptiv, neurologic. Neputînd găsi elementele organice ale isteriei, pe care o considera ca afecțiune neurologică şi nu psihiatrică, încercînd să găsească un suport organic pentru fiecare semn care, odată identificat, se dovedea a aparține altor maladii, a realizat prima semiologie neurologică. Descrierea fazelor „marelui atac isteric" a avut un ecou deosebit în rîndurile multor psihiatri, pe care spectacularul reproducerii acestor faze i-a cucerit, convertindu-i în discipoli înflăcărați ai lui CHARCOT. Despre aceste faze, CHARCOT afirmă că sînt valabile „pentru toate timpurile, pentru toate țările şi pentru toate rasele". Din păcate însă, atît CHARCOT, cît şi discipolii lui nu vedeau decît *„ceea ce voiau să vadă"* ; acesta este motivul pentru care teoriile sale nu i-au supraviețuit, fiind infirmate de realitatea clinică. În 1852, CHARCOT începe o faimoasă dispută cu BERNHEIM, dispută al cărei punct de plecare a fost lucrarea susținută de primul la Academia de Ştiințe, „Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotiseur chez les hysteriques".

Dincolo de caracterul spectaculos al afirmațiilor şi metodelor sale, dispărute odată cu el, CHARCOT are meritul de a fi acreditat definitiv ideea existenței isteriei şi la bărbat, a existenței unor manifestări isterice posttraumatice. Prin prestigiul său, a atras şi concentrat atenția specialiştilor asupra isteriei, această *„mare nevroză sau mică dramă"* ; activitatea sa de mentor i-a fost deosebit de utilă lui FREUD în cele cîteva luni pe care acesta le-a petrecut în clinica sa din Paris. Tot CHARCOT este cel care l-a ajutat pe elevul său Pierre JANET să creeze un laborator de psihologie experimentală, şi tot lui îi *„datorăm şi iritarea lui BABINSKI, al cărei rezultat a fost definirea neurologiei".*

263. CHARCOT-MARIE-TOOTH(B) *boală*)* — sin. AMIOTROFIE NEURALĂ ; AMIOTROFIE PROGRESIVĂ DE TIP PERONIER ; ATROFIE MUSCULARĂ PROGRESIVĂ ; ATROFIE NEUROTICĂ PROGRESIVĂ ● Boală eredo-degenerativă, legată de cromozomul Y, făcînd parte din grupul degenerescențelor spino-cerebeloase ; este determinată de leziuni degenerative la nivelul coarnelor anterioare ale măduvei cervicale şi lombare, al celulelor coloanei Clarke din cordoanele posterioare, asociate cu leziuni superficiale ale căilor piramidale şi spinocerebeloase. Debutul se situează între 10—25 de ani, producîndu-se lent, cu apariția senzației de slăbiciune la nivelul membrelor inferioare, ca urmare a scăderii obiective în volum a masei musculare a gambei care, progresînd, conduce la aspectul de picior scobit. Amiotrofia se întinde pînă

*) Charcot Jean-Martin (1825—1893), Marie Pierre (1853—1940), Toth Howard-Henry (1856—1926).

la nivelul treimii inferioare a coapsei. Mersul este stepat. La nivelul membrelor superioare, amiotrofiile apar progresiv, dinspre extremități evoluînd către cot, pe care uneori îl pot depăși. Sînt asociate cu tulburări de sensibilitate de tip polinevritic, tulburări vegetative (edeme, cianoză, hipersudorație, pseudosclerodermie), insuficiență gonadică, acromegalie, eunucoidism.

Tulburările psihice care apar, pe lîngă cele reactive la handicapul fizic, constau în stări depresive, susceptibilitate, hiperemotivitate, iritabilitate, irascibilitate, interpretativitate.

264. **CHARCOT-VULPIAN**(B) *boală* — sin. SCLEROZĂ DISEMINATĂ ; SCLEROZĂ ÎN PLĂCI ; SCLEROZĂ MULTIPLĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LEUCONEVRAXITĂ.

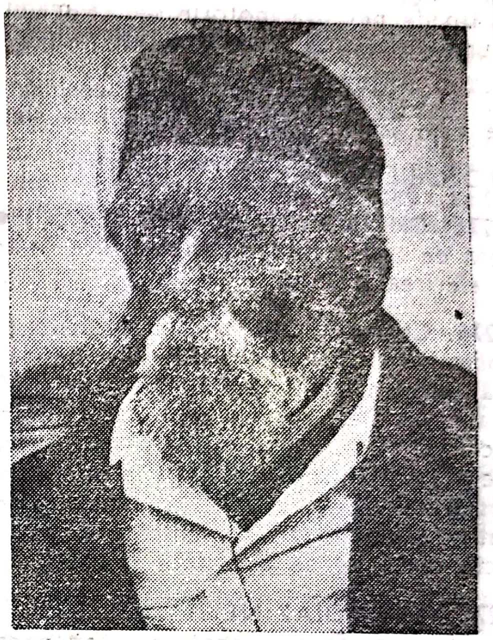
265. **CHARCOT**[s] *simptom* ● Cefaleea constrictivă, „în cască", întîlnită, în general, în nevroze depresive. A fost descrisă de CHARCOT (casque Charcot), ca element tipic al neurasteniei, dar astăzi nimeni nu o mai leagă de numele acestuia.

266. **CHARDON**(B) *boală* — sin. ACRODINIE ; BOALĂ ROZĂ ; BOALĂ SELTER-SWIFT-FERR ; ERITEM POLINEUROPATIC ; TROFODERMATONEUROZĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ERITEM AUSTRALIAN.

267. **CHARLESWORT Edward-Parker** (1783—1853) ● Își leagă numele de umanizarea azilelor și spitalelor de psihiatrie din Anglia ; poate fi considerat drept „un PINEL" al Marii Britanii.

268. **CHARUGI Vicenzo** (1759—1820) ● Între 1793—1794 scrie un tratat de psihiatrie, în care încearcă să coreleze semnele clinice ale afecțiunilor mintale, cu cele anatomopatologice, ajungînd la concluzia că „nebunia se datorează unui dezechilibru existent între diverse porțiuni ale centrilor nervoși, dezechilibru datorat leziunilor anatomice". Prin această concepție, el se apropie de cea a contemporanului său, F. GALL. Adept al limitării contenției, a fost împotriva folosirii forței, încurajînd menținerea în activitate continuă a bolnavilor psihici și cerînd înzestrarea azilelor cu medici.

269. **CHASLIN Philippe** (1857—1923) ● Deși matematica este prima sa vocație, în 1887 își susține teza de inspirație psihanalitică „Du rôle du rêve dans l'évolution du délire". Prezent atît la Bicêtre, cît și la Salpêtrière, în perioada lor de glorie, lasă psihiatriei, după 20 de ani de muncă (1882—1912), o celebră semiologie, care timp de 30 de ani va fi o lucrare de referință pentru școala franceză. Elementul cel mai important al moștenirii sale îl reprezintă însă lansarea, în 1912, a termenului de psihoză discordantă („la folie discordante") pentru a-l înlocui pe cel de demență precoce, cu sublinierea că această noțiune ar corespunde întrutotul conceptului lui BLEULER de schizofrenie, celui al lui STRANSKY de ataxie intrapsihică și celui al lui URSTEIN de dizarmonie intrapsihică. În același timp, a stăruit asupra manifestării discordanței pe diferite planuri ale psihismului.



Philippe Chaslin

270. **CHASLIN**[s] *semn* — sin. CATAFAZIE ; LITANIE DECLAMATORIE (CHASLIN $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VERBIGERAȚIE.

271. **„CHEESE EFECT"** (efectul brînză) ● Unul dintre inconvenientele utilizării produselor IMAO l-a reprezentat și interdicția consumului de produse alimentare care conțin tiramină. În prezent, produsele IMAO-selective nu mai prezintă „cheese-efectul" și nu mai necesită respectarea unor regimuri alimentare speciale în timpul tratamentului → ANTIDEPRESIVE, IMAO.

Scanned with OKEN Scanner

272. CHEILO- (cf. gr. *cheilos* „buză") ● Element de compunere care introduce în termeni referirea la buză.

273. CHEILOFAGIE (cf. *cheilo-*; *phagein* „a mînca") ● Mișcare a buzelor care apare ca tip de nevroză motorie sau ca manifestare a unei instabilități sau labilități psihoafective.

274. CHEIMOFOBIE(F) (cf. gr. *cheimon*„ vreme rea, iarnă"; *phobos* „frică") — sin. PSICROFOBIE(F) $\xrightarrow{sin.}$ CRIOFOBIE(F).

275. CHEIRO- (cf. gr. *cheir* „mînă") ● Element de compunere care introduce în termeni referirea la mînă.

276. CHEIROFOBIE(F) (cf. *cheiro-*; gr. *phobos*) — sin. GRAFOFOBIE(F) ● Teamă maladivă, exagerată și, în același timp, nejustificată, de a scrie. Deși nu mai este atît de frecventă în clinica de psihiatrie ca la sfîrșitul secolului trecut, poate fi semnalată atît în unele nevroze (obsesivo-fobice), cît și în schizofrenie. Se poate rezuma doar la semnătură sau poate afecta orice fel de activitate grafică.

277. CHEMDIAZINE(M) Grecia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

278. CHEMDIPOXIDE(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

279. CHEMFLURAZINE(M) Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperanizat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)-propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată, dar cu acțiune sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN(M).

280. CHEMORECEPTORI/CHEMORECEPŢIE (cf. gr. *chimio-*; lat. *recipere* „a primi") ● Structuri nervoase, stimulate de modificări ale compoziției chimice a mediului intern sau extern. Modalitatea senzorială de acțiune a acestei categorii de receptori se numește chemorecepție.

În funcție de localizarea lor, chemoreceptorii pot fi exteroceptivi (mugurii gustativi, celulele mucoasei olfactive) sau interoceptivi (situați la nivelul organelor interne, unde sesizează modificări ale homeostaziei mediului intern). Chemoreceptorii mediului intern pot fi, la rîndul lor, centrali sau periferici, ambele categorii avînd un rol deosebit de important în reglarea funcției respiratorii, a funcțiilor digestive, a aportului alimentar și hidric, a unor comportamente instinctuale. Modificările patologice ale chemorecepției etero- sau interoceptive pot fi integrate modificărilor patologice ale percepției, în general (iluzii, halucinații).

281. CHENO- (cf. gr. *kenos* „gol") ● Element de compunere cu ajutorul căruia se realizează sensul de gol.

282. CHENOFOBIE(F) (cf. *cheno-*; gr. *phobos* „frică") ● Teama de încăperi goale.

283. CHEROFOBIE(F) (cf. gr. *chairein* „a se bucura, a fi vesel; *phobos*) ● Fobia de veselie, de bună dispoziție. Apare la structuri rigide de personalitate, decompensări psihastenice, depresie. Nu este o fobie în adevăratul sens al cuvîntului, termenul exprimînd, prin extensie, teama de o situație socială în contradicție cu starea afectivă a subiectului. Considerente etico-morale sau religioase pot sta la baza apariției acestei frici.

284. CHEROMANIE (cf. gr. *chairein*; *mania* „nebunie") — sin. AMENOMANIE; HAIROMANIE $\xrightarrow{sin.}$ HABROMANIE.

285. CHESTIONAR (fr. *questionnaire*) ● Metodă standardizată sau nu, de culegere a unor informații despre un eveniment, persoană sau grup de persoane, care nu pot fi obținute pe altă cale, apărută din necesitatea unor investigații sociale sau în scop diagnostic. Chestionarul este alcătuit din întrebări prezentate în scris subiectului, la care acesta trebuie să răspundă într-un anumit fel, dinainte precizat. Chestionarele au fost întocmite și folosite sporadic, încă din secolul trecut și au dobîndit o utilizare sistematică, pe scară largă, odată cu elaborarea de către WOODWORTH, în 1917, a „Inventarului de tendințe psihonevrotice", în

scopul depistării militarilor americani care prezentau tendințe nevrotice. În construcția chestionarelor, este necesară respectarea mai multor etape : circumscrierea domeniului de utilizare sau a temei care urmează să fie abordată, elaborarea întrebărilor, aplicarea preliminară în scopul obținerii unor date statistice referitoare la validitate, fidelitate și finețea discriminatorie etalonarea, elaborarea instrucțiunilor de aplicare și interpretatare. Întrebările care compun chestionarul trebuie să fie limitate numeric la strictul necesar, să fie scurte și simple, să nu comporte ambiguități, să fie specifice și exprimate într-un limbaj accesibil. Numărul mare al chestionarelor și varietatea lor au determinat necesitatea unor clasificări :

- după modul de răspuns, se disting chestionare compuse din întrebări la care se răspunde dicotomic, prin da/nu, adevărat/fals etc. ; chestionarele cu răspunsuri libere și cu alegere forțată, în care dintre mai multe posibilități se alege una ;
- după numărul trăsăturilor evaluate sau al temelor abordate, se disting chestionare unidimensionale și multidimensionale ;
- după modul de aplicare : chestionare administrate sau autoadministrate (prin poștă, telefon, publicate în ziare și reviste de popularizare) ;
- după domeniul de aplicare — clasificarea cea mai larg folosită și, în același timp, cea mai utilă — distingem chestionare psihologice (și psihopatologice), care măsoară diferite trăsături de personalitate sau dimensiuni psihopatologice, chestionare de interese și chestionare de opinii și atitudini. După modalitatea de validare, pot fi : cu validare empirică (MMPI), cu validare factorială (EYSENCK ; CATTELL) și cu validare implicită, adică alcătuite conform unei anumite concepții sau teorii.

Unul dintre neajunsurile chestionarelor este posibilitatea subiectului de a falsifica răspunsurile. Falsificarea se poate produce astfel, încît autorul ei, în funcție de scopul urmărit, să apară într-o lumină socială favorabilă sau dimpotrivă, nefavorabilă. Unele cercetări efectuate asupra chestionarelor au ajuns la concluzia că falsificarea răspunsurilor în sensul formării unei impresii favorabile se poate datora nu numai unui scop imediat (selecția profesională), ci și unei caracteristici interne, identificate, pînă la urmă, cu o trăsătură de personalitate : dezirabilitatea socială. Pentru înlăturarea inconvenientelor datorate falsificării s-au elaborat întrebări speciale, constituite în așa-numitele scale de minciună (MMPI, chestionarul Eysenck, Inventarul Psihologic California etc.).

286. **CHEYNE George** (1675—1743) ● Medic englez, autor al unei lucrări „The English Malady" (1733) sau „Tratat despre bolile nervoase de toate felurile, de la spleen la depresia isterică și hipocondriacă", care spune mult nu numai prin titlul ei, ci și prin conținut, întrucît cuprinde cîteva afirmații ciudate pentru inceputul secolului al XIII-lea, dar interesante pentru noi, astăzi, privind cauzele nevrozei : „abundența de bunuri, supraalimentația, sedentarismul, lipsa de ideal și suprapopularea urbană".

287. **CHEYNE**[B] *boală* ● Nume vechi (1733) al tulburărilor hipocondriace → HIPOCONDRIE.

288. **CHICLIDA**[M] Spania — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metil-benzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

289. **CHIMOREPTIN**[M] Japonia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetil-amino)-propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă ; permite și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum 3 luni ; în psihoze, 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN[M].

290. **CHIMIOREZISTENȚĂ** (cf. *chimio-* ; gr. *resistere* „a opune rezistență") ● Termenul se referă, în genere, la rezistența microbiană sau parazitară față de antibiotice sau chimioterapice și la rezistența la chimioterapie a celulelor neoplazice. Sensul său trebuie diferențiat de absența răspunsului pozitiv la chimioterapie, situație întîlnită uneori în practica medicală; de exemplu psihozele depresive, care nu răspund la anumite ortotimizante.

291. **CHIMIOȘOC** (cf. *chimio-* ; engl. *shock* „lovitură, coliziune") — sin. ȘOC CHIMIC ● Reprezintă o metodă terapeutică biologică specială a unor afecțiuni psihice, prin administrarea unor doze mari de substanțe cu efecte fie necomatogene, de creștere a potențialului de apărare al organismului (piretoterapia, mala-

Scanned with OKEN Scanner

rioterapia), fie comatogene (acetilcolină, amfetamină, cardiazol, indoklon, insulină etc.).

Piretoterapia constă în provocarea unor ascensiuni febrile prin mijloace artificiale (injecţii intramusculare cu substanţe, zise piretogene sau injecţii intravenoase de vaccinuri antimicrobiene).

Malarioterapia (paludoterapia, impaludarea) introdusă în anul 1917 de W. von JAURREG în terapia sifilisului nervos, constă în inocularea parazitului malariei, în vederea obţinerii de temperaturi înalte. Acetilcolina a fost utilizată în injecţii intravenoase în tratamentul schizofreniei, de către FLAMBERTI (1937).

„Şocul amfetaminic", produs prin administrarea intravenoasă a unor doze de 20—30mg de substanţă, a fost preconizat de J. DELAY în scop diagnostic pentru a provoca exteriorizarea unor *„reticenţe"* schizofrenice sau pentru a *„sparge"* blocajele isterice.

În anul 1933 MEDUNA (din Budapesta), bazîndu-se pe ipoteza (dovedită falsă) a antagonismului dintre epilepsie şi schizofrenie, a utilizat cardiazol 10%, 3—4 ml intravenos sau camfor intramuscular, pentru a obţine accese epileptice. KARLINER şi PADULA, au întrebuinţat în acelaşi scop Fluorotidul (indoklon).

Aceste metode speciale de tratament al bolilor psihice, au fost în majoritate abandonate în foarte multe ţări, unele dintre ele (piretoterapia, malarioterapia) cunoscînd o restrîngere din ce în ce mai mare a indicaţiilor.

Insulinoterapia (MANFRED SAKEL, Viena, 1932) care constă în producerea de stări de şoc hipoglicemic prin injecţii cu insulină, rămîne o metodă terapeutică încă de un real folos (deşi mai puţin indicată) în psihiatrie (schizofreniile incipiente, confuzia mintală trenantă, stări depresive atipice, unele delirurі cronice).

292. CHIMIOTERAPIE (*cf. chimio-* ; *gr. therapeia* „îngrijire") ● Înscrisă în grupa largă a terapiilor biologice, chimioterapia psihiatrică a devenit, graţie progreselor realizate de cercetarea ştiinţifică şi dezvoltarea tehnologică, structura de rezistenţă a terapiei psihiatrice şi o componentă de perspectivă pentru psihiatria viitorului. „Revoluţia chimioterapeutică", începută odată cu apariţia neurolepticelor, a schimbat nu numai prognosticul şi evoluţia bolilor psihice, ci insuşi modul de a gîndi asupra acestora. Acţionînd predominant asupra activităţii şi tulburărilor de conştiinţă (mai mult decît asupra activităţii noetice — GINESTET, PIÉRON, MAGNAN), chimioterapia introduce o nouă dimensiune în relaţia medic-pacient alături de cealaltă alternativă majoră, psihoterapia. Modernizarea medicaţiei psihotrope impune, pentru folosirea armei chimioterapice, o cunoaştere complexă nu numai a eficacităţii fiecărui produs în parte, ci şi a efectelor sale secundare şi nedorite, pentru combaterea cărora se apelează la o medicaţie complementară.

Clasificarea consacrată a produselor chimioterapice le grupează în : psiholeptice (sedative), psihoanaleptice (stimulatoare), psihodisleptice (perturbatoare), psihoizoleptice (stabilizatoare ale activităţii psihice) ; ea nu trebuie privită însă ca statică şi definitivă, deoarece ultimii ani au adus în atenţie substanţe cu efect bi- sau chiar multifactorial.

Folosirea chimioterapiei conform rigorilor impuse de orice terapie psihiatrică necesită competenţă, disponibilitate afectivă, flexibilitate, optimism prudent, tehnicitate, capacitate decizională ; ea oferă psihiatrului un cîmp de acţiune nelimitat şi o redutabilă forţă. Inscripţia de pe templul lui Apollo „Meden agon" (fără excese) rămîne condiţia reuşitei.

293. CHIMIOTROPISM (cf. *chimio-* ; gr. *tropos* „direcţie, manieră, mod") ● Tropism pozitiv sau negativ (atracţie sau repulsie), declanşat de agenţi chimici. Organismul care suferă influenţa substanţei chimice prezintă o reacţie de orientare şi de deplasare. Dacă reacţia de atracţie semnifică tendinţa de orientare în sensul excitaţiei maxime suportabile şi este un tropism adevărat, reacţia repulsivă indică tendinţa organismului de a se sustrage excitaţiei şi este mai degrabă o *„patie"*, cu caracter evident adaptativ. Autorii moderni consideră o mare parte a comportamentelor subordonate chimiotropismului ca fiind afiliate instinctelor. Astfel, feromonii joacă, în lumea animală, un rol determinant în satisfacerea instinctului sexual, prin atragerea partenerului (tropism pozitiv), dar concomitent şi în acelaşi scop, pot fi secretate substanţe chimice cu menirea de a îndepărta rivalii de acelaşi sex. În aceste condiţii, tropisme cu polarităţi opuse concură la realizarea unui scop comun, satisfacerea unei necesităţi instinctuale. În general, se subliniază importanţa deosebită a tropismelor pentru fiinţele vii mai puţin înaintate pe scara evolutivă, dar exemplul feromonilor şi descrierea la om a unor substanţe care ar juca rol asemănător, relevă aspecte mai complexe ale chimiotropismului.

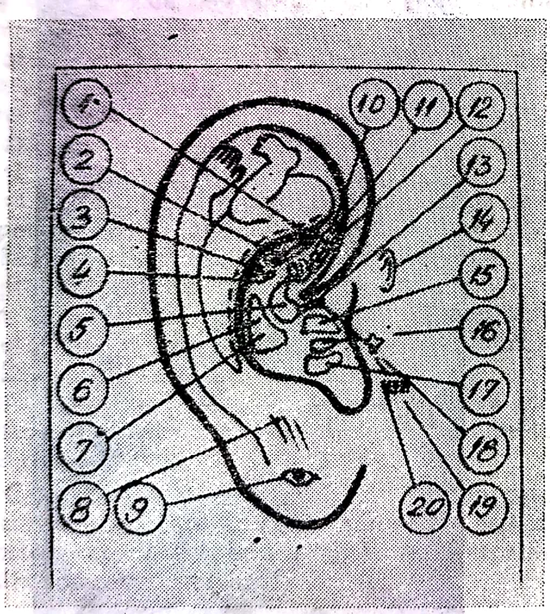
În acest sens, androstenolul ar fi un posibil feromon uman. Este secretat de glandele sudoripare apocrine axilare ale bărbatului, are o structură chimică asemănătoare testostero-

nului și un miros apropiat moscului și lemnului de santal. A fost demonstrat efectul atractiv al substanței asupra femeilor și efectul repulsiv pentru bărbați.

294. **CHINANTROPIE** (cf. gr. *kyon* „ciine" ; *anthropos* „om") — sin. CYNANTROPIE ● Delir de metamorfozare, asemănător licantropiei, constind in convingerea bolnavului că se poate transforma (sau că poate transforma pe altcineva) in ciine. Se intilnește in schizofrenie (forma hebefrenică). Mai puțin frecvent ca licantropia, poate apărea ca superstiție la unele populații primitive.

295. **CHINESTEZIE** (cf. gr. *kinein* „a mișca" ; *aisthesis* „senzație") ● Perceperea normală de către subiect a mișcării, in ansamblu, sau a mișcării unui segment al propriului corp ; perturbarea ei orientează către toxicomanii și sevraj de diverse etiologii (in primul rind, alcoolism), intoxicații medicamentoase și patologia involuției.

296. **CHINEZĂ** — *concepție asupra bolilor psihice* ● Pentru medicina clasică chineză, bolile psihice nu sint decit reflexul proastei funcționări a cinci organe (inimă, ficat, splină, rinichi,



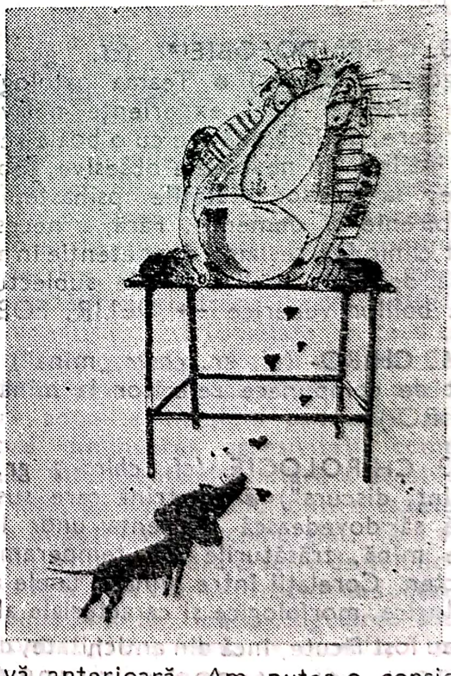
Repartizarea punctelor auriculare

plămini) ; deci boala psihică este intotdeauna secundară unei afecțiuni organice. Elementele fundamentale (cu localizarea lor) au următoarele calități psihice : focul — inima, reprezintă veselia și excitația ; pămintul — splina, reprezintă lumina intelectuală, grijile ; metalul — plăminul, reprezintă tristețea și plinsul ; apa — rinichiul, reprezintă frica și anxietatea ; lemnul — ficatul, reprezintă furia și iritabilitatea.

După cele două cicluri fundamentale, KO și TCHENG, fenomenele psihopatologice ar avea următorul determinism : focul topește metalul = excitația combate tristețea ; pămintul absoarbe apa = grijile combat frica ; metalul rupe lemnul = tristețea combate frica ; apa stinge focul = frica combate excitația ; lemnul sărăcește pămintul = furia combate ruminațiile ; pămintul favorizează metalul = necazurile conduc la tristețe ; apa favorizează lemnul = frica conduce la furie etc. Din această greu acceptabilă simbolistică, rezultă o serie de demersuri practice (care nu sint deloc de neglijat, chiar dacă se bazează pe imbinarea unor date cu aparență ezoterică). Ne referim, in primul rind, la punctele specifice din acupunctură, care sint alese conform celor cinci psihisme de bază : chenn (inteligența), pro (viața instinctivă), i (imaginația), tche (voința de acțiune), r ul (conștiința).

Tonifierea sau dispersia punctelor de pe meridianele organelor guvernatoare ar determina dispariția simptomelor, in această ciudată sindromologie.

297. **CHINOFOBIE**[F] (cf. gr. *kyon* ; *phobos*) ● Formă de fobie, definind frica patologică de ciini, nejustificată și nemotivată de o experiență



negativă anterioară. Am putea-o considera o fobie cantitativă, căci nu este deloc patologic să te sperii de anumiți ciini (necunoscuți, agitați, agresivi, cărora li s-a încălcat teritoriul etc.) ; capătă notă de patologic dacă acest sentiment este *„din principiu"* și dacă obiectul

Scanned with OKEN Scanner

fricii nu justifică atitudinea subiectului. În general, nu are o semnificație patologică atunci cînd este singurul tip de fobie și intensitatea manifestărilor nu depășește o anumită limită. Este mai frecvent întîlnită la femei și poate fi interpretată ca o manifestare a imaturității, isteriei, a dorinței de a atrage atenția → FOBIE.

298. **CHINTESENȚĂ** (cf. lat. *quinta essentia* „a cincea esență") ● Calitate a eterului, considerat în cosmologia elină și indiană drept al cincilea și cel mai subtil element din alcătuirea substanțială a cosmosului. Prin generalizare, termenul a ajuns să se refere la esența cea mai profundă a unei realități, la statutul ultim în care poate fi descompusă rațional substanța, la ceea ce îi dă temei și inteligibilitate.

În psihopatologie, pierderea chintesenței este elementul princeps în alterarea intelectului.

299. **CHIONOFOBIE**(F) (cf. gr. *chionoo* „a acoperi de zăpadă" ; phobos) ● Teamă nu numai nejustificată dar și puerilă, de fulgii de zăpadă — extrem de rar întîlnită în practică. Poate fi considerată o situație tipică pentru a demonstra caracterul irațional al fobiilor, deoarece lipsa de periculozitate a fulgilor de zăpadă este consacrată în expresii curente („ușor ca un fulg de nea").

300. **CHIPRIDOFOBIE**(S) (cf. gr. *kypris* „dragoste" ; *phobos*) ● Teama patologică, în ciuda absenței unei experiențe nefavorabile anterioare, de îmbolnăvire cu o boală venerică. Este întîlnită în nevrozele obsesive, fobice, isterice, la personalitatățile psihastenice, în schizofrenie și demențe. Fără a necesita un spirit clinic fin, reclamă doar atenție în a o diferenția de ideile delirante ale subiectului pe tema *bolilor venerice* → DELIR, FOBIE.

301. **CHIRO-** (cf. gr. *cheir* „mînă") ● Element de compunere referitor la mînă (ca și CHEIRO-).

302. **CHIROLOGIE** (cf. *chiro-* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Doctrină care susține și caută să dovedească existența unor legături între mînă, trăsăturile de temperament și caracter. Corelații între mînă și unele aspecte fiziologice, morfologice și caracteriale ale omului, au fost făcute, încă din antichitate, de către PLATON, ANAXAGORAS și ARISTOTEL. HIPOCRATE însuși presupune o relație între mînă și plămîn (GATIEN, 1974). Studiile lui CH. WOLFF în acest domeniu impun o adevărată linie de demarcație între chirologie și chiromanția ocultistă. În anul 1952, autorul a căutat, prin analize comparative sistematic efectuate pe mii de subiecți, să stabilească corelații între mînă și boală, mînă și constituția fizică, mînă și temperament. El a luat în considerare forma mîinii (elementară, motorie și senzitivă), degetele, unghiile și liniile palmei (tenară, superioară transversă, inferioară transversă etc.). Prin măsurătorile și observațiile efectuate, WOLFF ajunge la concluzia că există unele corelații ; de exemplu, mîna senzitivă lungă este cel mai frecvent întîlnită la schizofreni. La normali acest tip de mînă indică singurătate, rezervă în relațiile sociale, labilitate emoțională, reacții neașteptate la manifestările afective ale altora, atracție față de lumea spirituală etc. Evident este un punct de vedere neconfirmat și de alte cercetări, pînă în prezent.

303. **CHIROMANIE** (cf. *chiro-* ; *mania* „nebunie") ● Formă de masturbare patologică la bărbați (se admite o masturbare normală la copil, adolescent, adultul aflat în situații care-l frustrează de parteneră), caracterizată printr-o frecvență exagerată a acestei activități. Apare fie atunci cînd prin actul masturbator nu se obține satisfacția sexuală, fie ca o exagerare a unei dorințe inconștiente a subiectului de a preveni apariția dorinței (punct de vedere psihanalitic). În această a doua situație, chiro-

Michelangelo

Scanned with OKEN Scanner

mania se manifestă ca activitate sexuală care, paradoxal, tinde să suprime de fapt dorința și activitatea sexuală normală.

304. CRIROMANȚIE (cf. *chiro-*; *manteia* „facultate de a prezice, divinație") ● Tehnică divinatorie bazată pe aspectele particulare ale miinii (contur, consistență, culoare, forma degetelor, a unghiilor, a anumitor zone din palmă, linii și figuri geometrice înscrise în palmă etc.).

Spre deosebire de chirologie care se prezintă ca o pretinsă știință experimentală, chiromanția, ca artă de ghicire a viitorului în semnele criptice ale miinii, își acceptă statutul de meșteșug ezoteric și ocult, mizînd pe credulitatea spiritelor robite de obscurantism.

305. CHIRURGIE CARDIACĂ ȘI PSIHIATRIE (cf. gr. *cheirourgia* „activitate manuală"; vezi *cheir* „mînă"; *ergon* „acțiune, muncă") ● Cu excepția neurochirurgiei, chirurgia cordului este specialitatea chirurgicală care interferă cu psihiatria în modul cel mai important.

Apariția unor tulburări de intensitate psihotică sau a unor stări confuzionale a fost pusă pe seama modificărilor biologice și hemodinamice, legate de circulația extracorporală. Totuși, unii autori ca BLANCHER, consideră că există o cvasiconstantă „psihoză ascunsă a chirurgiei cardiace", pe care pacienții o disimulează. Această negație a fricii, „lipsa de griji" față de operație și riscurile sale, după JANIS, sînt factori de risc în apariția tulburărilor postoperatorii. BIODJEKIAN, MOREAU și COTTREAUX au semnalat apariția unor stări de agitație și deliruri paranoide postoperatorii, la un procent variind între 1—7 din operați. Autorii români ANGHELUȚĂ și NICA-UDANGIU, raportează apariția delirului postcardiotomic în 13—25% din cazuri, cifră care este, în condițiile operatorii moderne, destul de ridicată.

Ca și pentru alte transplanturi, și în cazul transplantului cardiac au fost semnalate psihoze postoperatorii, în care intervenția factorului psihogen este notabilă.

306. CHIRURGIE ÎN PSIHIATRIE ● Ideea de a folosi chirurgia în scopul ameliorării unor suferințe psihice nu este deloc nouă, dacă vom aminti numai craniul purtînd urme de trepanație găsit pe teritoriul țării noastre, din neolitic. Introdusă în clinică în deceniul al patrulea, într-o epocă de avînt terapeutic (terapia electroconvulsivantă, șocurile insulinice), sub numele sofisticat de psihochirurgie (pe care nu îl putem accepta). Chirurgia psihiatrică se bucură în anii 1940—1950 de o vogă deosebită, de fapt slab justificată însă, atît sub aspect teoretic, cît și sub aspectul rezultatelor terapeutice. Observațiile timpurii ale lui FERRIER privind scăderea agresivității maimuțelor după extirparea celei mai mari părți a lobilor frontali sînt urmate de încercările și eșecurile de extrapolare în clinica umană ale lui BURCHAUDT (1890) și PUSSEPP (1910). Comunicările lui JACOBSEN privind modificarea comportamentului specific „nevrozei experimentale", la cimpanzeii cărora li s-a extirpat bilateral suprafețele frontale de asociație, îi îndeamnă totuși pe Egas MONIZ și Almeida LIMA să aplice metoda într-o serie de cazuri, la psihotici, începînd cu anul 1937. Rezultatele au fost mai încurajatoare în depresiile agitate și mult mai slabe în schizofreniile cronice. După valul de lobo- și leucotomii din perioada 1942—1954, restrîngerea numărului de operații devine dovada cea mai sigură a eșecului incontestabil al simbiozei chirurgie-psihiatrie.

Lipsa de eficiență nu este însă singura cauză a restrîngerii metodei. La aceasta se adaugă:
— efectele secundare importante (epilepsia, stările psihopatoide, deteriorarea globală, modificările nedorite ale personalității), frecvente — la circa 2/3 din cazuri; — apariția medicației neuroleptice și antidepresive, care a modificat complet perspectiva terapeutică, precum și evoluția și prognosticul bolilor psihice grave; — schimbarea de optică în ceea ce privește sistemul azilar, care-și găsea adesea în psihochirurgie un aliat de nădejde.

Cu toată „pierderea de viteză", metoda nu este complet discreditată și nici abandonată. Răspunsul pe care încearcă să-l ofere se înscrie, pe de o parte, pe coordonatele unor indicații ultraselective, iar pe de altă parte, ține cont de îmbunătățirea tehnicilor (propriu-zise), adevărate exerciții de virtuozitate. În ceea ce privește primul obiectiv, el ar fi orientat fie spre vindecarea extenuării accentuate și prelungite pe care anumite afecțiuni psihice o produc, fie spre diminuarea agresivității comportamentale. Insuficienta delimitare a acestui concept a fost, de fapt, și unul dintre capetele de acuzare împotriva psihochirurgiei. Fără a intra în detalii, vom enumera o serie de tehnici puse la punct în ultima vreme: tractomia subcaudată, leucotomia limbică, leuco-coagularea multifocală frontală, lobectomia temporală, hipotalamotomia, amigdalotomie etc. Deși multiple și „specifice", aceste tehnici, după cum arată în studii foarte recente (MITCHELL-HEGGS, MALL, STORM-OLSEN, CARLISLE, GORTEPTE și alții), nu duc la rezultate concludente, ba mai mult, nici măcar încurajatoare; „această

soluție terapeutică rămîne mai mult o opțiune logică decît una eficientă", limitîndu-se la acele cazuri în care a fost epuizat întregul arsenal terapeutic, ca o ultimă strategie în încercarea de a ameliora starea bolnavului. Deși încununată cu un generos premiu Nobel (E. DE MONIZ, 1949), asocierea chirurgiei cu psihiatria s-a dovedit doar o scînteie de speranță, care nu s-a materializat. Amintim însă o serie de intervenții chirurgicale care au avut un rol important în psihiatria organică: extirparea formațiunilor tumorale, decompresiunea ventriculară, epilepsia temporală prin scleroză etc. Toate acestea arată în modul cel mai limpede că, deși se poate vorbi de chirurgie în psihiatrie, „*psihochirurgia rămîne de domeniul probabilului și poate al viitorului*".

307. CHITAMNIE (cf. gr. *kytos* „recipient" ; *amnion* „membrană care învelește fetusul") ● Termen propus de H. BARUK (1965), pentru a desemna o psihoterapie morală, bazată pe o autentică dragoste pentru bolnav, în care principiul armoniei psihic-somatic să fie completat cu acela al unității inteligență-instincte și individ-societate. Această psihoterapie ar trebui, în viziunea autorului, să depășească limitele individuale, ținînd cont de factori ecologici și sociali și trecînd peste interesele contrarii ale indivizilor, să contribuie la realizarea unei științe a păcii. Termenul, ca și metoda, nu s-a impus.

308. CHLEMAZIN(M), CHLOMAZIN(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

309. CHLOMEDINON(M) Japonia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one-1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat ; indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

310. CHLORACTIL(M) Anglia ; CHLORAZIN(M) Elveția ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic →sin. CLORDELAZIN(M) România.

311. CHLORBAMATE(MC) Grecia ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează:

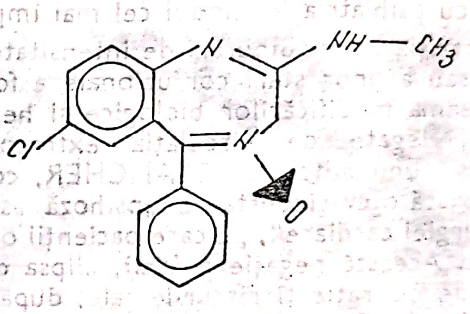
● MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;

● HYDROXYZIN(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic.

Acțiune anxiolitic-sedativă.

312. CHLORDIAZACHEL(M) S.U.A. → CHLORDIAZEPOXIDE(DCI).

313. CHLORDIAZEPOXIDE(DCI) ● Derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, introdus în terapeutică de către CHARRIS și RANDALL, în 1960. Acțiunea sa este anxiolitică, sedativă, miorelaxantă și, discutabil, anticonvulsivantă. Nu are nici o acțiune antipsihotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă, ca și în restul nevrozelor, boli psihosomatice, manifestări hipocondriace, și ca adjuvant în tratamentul endogeniilor. Nu se asociază cu IMAO. Efectele



secundare sînt minime, bucurîndu-se de o bună toleranță, ceea ce-l face utilizabil pentru toate vîrstele. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M). Constituie principiul activ a peste 100 de produși farmaceutici, dintre care menționăm:

LIBRIUM(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia, Italia, Iugoslavia, R.F.G., Olanda, S.U.A., Suedia, Turcia ;
CALMODEN(M)	Anglia
CIRCE(M)	Iugoslavia
DIZEPIN(M)	Bulgaria
ELENIUM(M)	Polonia
FARGEN(M)	Grecia
LIBRITABS(M)	S.U.A.
MULTUM(M)	R.F.G.
RADEPUR(M)	R.D.G.
RELIUM(M)	Canada

SEREN(M)	Italia
SERVIUM(M)	Israel
TRAKSIN(M)	Turcia

314. **CHLORMEZANON**(M) Bulgaria — DCI *Clormezanonă* • Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă-1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat; indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

315. **CHLOROPERNAZINUM**(M) Polonia — DCI *Proclorperazină* • Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmotice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL(M).

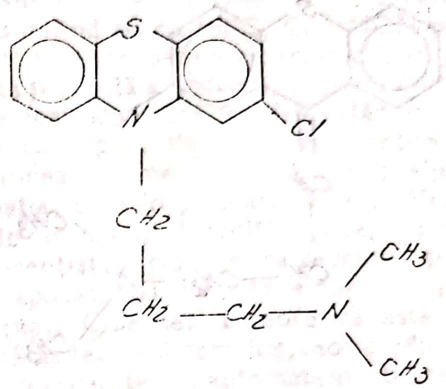
316. **CHLOROPHEN**(M) S.U.A. → CHLORPHENTERMINE(DCI).

317. **CHLORPHENTERMINE**(DCI) • Derivat feniletilaminat, de tip p-clor-α α-dimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă; indicat în astenie marcată, diminuarea activității intelectuale, în presenilitate, sevraje diverse, obezitate secundară curei NL. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

ANOREX(M)	Franța
APSEDON(M)	Spania
AVICOL(M)	R.F.G.
AVIPRON(M)	Polonia
CHLOROPHEN(M)	S.U.A.
DESOPIMON(M)	Ungaria
LUCOFEN(M)	Canada
LUCOFEN RETARD(M)	Canada
LOCOFENE(M)	Franța
PRE-SATE(M)	S.U.A.
TERAMINE(M)	S.U.A.

318. **CHLORPROMADOS**(M) R.F.G.; **CHLORPROMANYL**(M) Canada; **CHLORPROMAZIN**(M) Iugoslavia — DCI *Clorpromazină* • Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M)

319. **CHLORPROMAZINE**(DCI) • Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină), de tip 2-clor-10/3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune neuroleptică sedativă. Este primul neuroleptic, introdus în terapie, în 1952, de către LABORIT și DENIKER. Este considerat drept neuroleptic sedativ standard, prin el realizîndu-se comparația cu restul neurolepticelor, atît sub aspectul eficienței, cît și al efectelor secundare. Are



indicații numeroase și efecte secundare moderate → CLORDELAZIN(M) România. Prezintă două contraindicații majore: intoxicația acută alcoolică și depresia sub orice formă și intensitate. Are durată de acțiune de 6 ore, element neglijat, de obicei, în practică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M). Constituie principiul activ a peste 100 de produși farmaceutici, din peste 80 de țări:

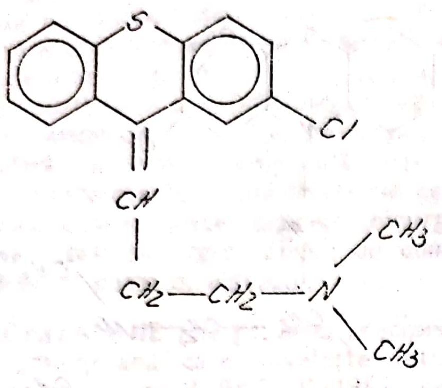
LARGACTIL(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Iugoslavia, Portugalia, Olanda, Spania, Turcia
AMINAZIN(M)	U.R.S.S.
BISCASIL(M)	Grecia
FENACTIL(M)	Polonia
HIBERNAL(M)	Ungaria
KLORAZINE(M)	S.U.A.
MEGAPHEN(M)	R.F.G.
PRAZIL(M)	Danemarca
PROMACTIL(M)	Spania
PROPAPHENIN(M)	R.D.G.
TRANQUIL(M)	Franța

320. **CHLORPROM-EZ-ETS**(M) Canada → sin. CLORDELAZIN(M) România.

321. **CHLORPROTHIXEN**(M) Cehoslovacia → CHLORPROTHIXENE(DCI).

Scanned with OKEN Scanner

322. **CHLORPROTHIXENE**(DCI) • Derivat tioxantenic, de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantenă-$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acțiune neuroleptică polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică, și cu valențe antide-



presive. Indicat în stări de agitație cu anxietate, delirium tremens și psihoze reactive, decompensări ale personalităților dizarmonice și în depresii agitate. Efectele secundare sînt mai moderate, comparativ cu alte tioxantenelor, în general. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CHLORPROTHIXEN(M)	Cehoslovacia
CHLOTHIXEN(M)	Japonia
CLOXAN(M)	Finlanda
MINITHISEN(M)	Cehoslovacia
PAXYL(M)	Israel
QUILIBREX(M)	Italia
TARACTAN(M)	R.F.G.
TARASAN(M)	Canada
TRA QUILAN(M)	Japonia
TRACTYLON(M)	Finlanda
TRUXAL(M)	Iugoslavia
TRUXALETA(M)	Spania
TRUXALETTEN(M)	Grecia
TRUXALETTER(M)	Finlanda
TRUXIL(M)	Spania

323. **CHLOTHIXEN**(M) Japonia → CHLORPROTHIXENE(DCI).

324. **CHLORTRAN**(M) Anglia — DCI *Clordiazepoxid* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

325. **CHLORZINE**(M) S.U.A. • Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CLORDELAZIN(M) România.

326. **CHLOR-PZ**(M) S.U.A. — DCI *Clorpromazină* • Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

327. **CHRISTHIAN Jules** (1840—1907) • Psihiatru francez, inițiatorul ideii internării perpetue a alienaților criminali. Principala sa lucrare: „Idei de grandoare la cei cu idei de persecuție", a fost publicată în 1891.

328. **CHRONOTARAXIS** (cf. gr. *chronos* „timp"; *taraxis* „agitație, tulburare") • Tulburare de orientare temporală, constînd în incapacitatea de identificare a datelor și de apreciere a duratei timpului scurs. Întîlnită în sindromul confuzional, intoxicații acute, toxicomanii și în demențe.

329. **CHRYTEMIN**(M) Japonia — DCI *Imipramină* • Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamino)-propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă; este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent: 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze — minimum 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

330. **CHVOSTEK**[s] semn — sin. FACIAS[s] semn; SCHULTZE[s] semn WEISS[s] semn • Descris de medicul austriac Franz CHVOSTEK, în anul 1878. Constă în contracția homeolaterală a mușchiului orbicular al buzelor, ridicător al aripii nasului și orbicular al pleoapelor, provocată de percuția ramurei temporo-faciale a nervului facial, la mijlocul distanței dintre antetragus și comisura bucală.

În funcție de răspunsul reflex, se deosebesc trei tipuri:

- CHVOSTEK I — contracția tuturor mușchilor inervați de nervul facial;
- CHVOSTEK II — contracția mușchilor orbiculari și a ridicătorului aripii nasului;
- CHVOSTEK III — numai contracția orbicularilor buzelor.

Semnul apare în stări de excitabilitate neurovegetativă crescută asociate cu hipocalcemie (tetania paratireoprivă, spasmofilie). Valoarea practică a acestui semn a început să fie contestată în ultimul timp, deoarece lipsește în unele tetanii sigure și se întîlnește în 10% din cazuri la persoane care nu au tetanie. Semnul mai poate fi întîlnit și în crizele diskinetice acute consecutive tratamentului prea energic cu neuroleptice.

331. CIANATIL(M) Franța — DCI *Ciamemazină* ● Neuroleptic sedativ fenotiazinic, de tip 10-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/fenotiazină-2-carbonitril, cu acțiune sedativ-anxiolitică, indicat în reacții și psihogenii ; efecte secundare modeste.

332. CIANO- (cf. gr. *kyanos* „albastru") ● Element de compunere cu referire la culoarea albastră.

333. CIANOZA EXTREMITĂȚILOR (cf. *ciano-* ; fr. *cyanose*) ● Simptom făcînd parte din tabloul clinic al tulburărilor vasomotorii și trofice din schizofrenie. DIDE, ASSICOT, BARUK au descris diferite forme ale acestei tulburări. Circulația, care pare normală în clinostatism, se modifică în ortostatism, provocînd răcirea extremităților (CLAUDE). În timpul iernii, acești bolnavi (GUIRAUD) sînt supuși într-o măsură mai mare pericolului de degerare.

334. CIATYL(M) Grecia, R.F.G. — DCI *Clopentixol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-9-iliden)propil/-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4—5 ori CLORPROMAZINEI, cu valențe antiemetice și spasmolitice; acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectelor secundare de tip incisiv li se adaugă și hipotensiunea.

335. CIBALITH-S(M) S.U.A. — DCI *Litium citrat* ● Timoizoleptic — sare de litiu, avînd performanțe comparabile cu ale produsului CARBONAT DE LITIU(M) România → LITIU (săruri).

336. CIBERNETICĂ (cf. gr. *kybernan* „a conduce") ● Termen creat de AMPÈRE, cu sensul de „artă de a guverna" ; astăzi denumește o disciplină științifică de sinteză, care are drept obiect de studiu funcționarea sistemelor cu capacitate de autoreglare, caracterizîndu-se prin relații de comandă și control. Mai exact spus, cibernetica studiază proporțiile și legitățile generale ale proceselor de reglare, prelucrare și utilizare a informației în cadrul așanumitelor sisteme dinamice complexe, oricare ar fi natura acestora (biologice, sociale, tehnice). Prin definiție, un sistem dinamic întrunește calitățile unui sistem cibernetic numai dacă poate realiza cel puțin o singură conexiune inversă (feed-back). De la descrierea acestui mecanism a plecat în 1948 Norbert WIENER care, asimilînd teoria lui C. CANNON privind informația, pune bazele ciberneticii, în sensul de „artă și știință a comenzii în toate domeniile în care această noțiune este aplicată". În lumina acestei concepții, sistemele cibernetice emit, recepționează, memorizează și prelucrează informația, care în prealabil este codificată în semnale. În cursul dezvoltării sale, cibernetica s-a diferențiat în cibernetică teoretică și cibernetică aplicată (la diferite tipuri de sisteme complexe). Cibernetica teoretică este fundamentată pe teoria sistemelor, teoria informației, teoria reglării, teoria automatelor, teoria jocurilor, teoria algoritmurilor, teoria deciziei, teoria programării. Cibernetica aplicată se constituie ca disciplină metateoretică pentru diferite ramuri de activitate :

- cibernetica matematică cuprinde aparatematematic necesar teoriei sistemelor cibernetice (teoria infirmației, teoria algoritmilor, logica matematicii, calculul probabilităților etc.) ;
- cibernetica tehnică are în vedere problemele mecanismului mașinilor cibernetice, cele mai importante și mai complexe fiind calculatoarele electronice ;
- biocibernetica studiază fiziologia celulară și animală ;
- neurocibernetica studiază activitatea nervoasă (homeostatul lui Ashby, creierul electronic reprezintă modele cibernetice) ;
- psihocibernetica este cibernetica comportamentului.

Cibernetica medicală studiază „modul în care organismul uman reușește să recepționeze, să transmită și să prelucreze, cu ajutorul organelor sale, informația necesară desfășurării proceselor de reglare și de autoreglare, prin intermediul cărora să-și poată păstra stabilitatea". Și în psihiatrie se întîlnesc teorii psihocibernetice (MERLOO) : utilizarea teoriei comunicării în psihoterapia aplicată unor psihoze și în terapiile familiale ; teoriile învățării și condiționării în terapiile comportamentale și în tehnicile de relaxare.

Însăși abordarea psihicului din punct de vedere psihocibernetic constituie în sine o metodă de cunoaștere, realizînd un mod mai simplu, mai inteligibil, față de o complexitate extremă a psihismului.

337. CIBERNETICĂ BIOLOGICĂ sin. → BIO-CIBERNETICA.

338. **CIBERNOZE** (cf. gr. *kybernan* „a conduce") ● Termen introdus de J. A. MERLOO (1971) pentru a defini tulburările senescenței, ulterior preluat și lărgit, prin includerea în grupul cibernozelor a tuturor bolilor considerate a fi rezultatul tulburării mecanismelor de reglare cibernetică. În timp ce bolile organice interesează structura mecanismelor de reglare, adică centrul de comandă, traductorul sau organele de execuție, bolile funcționale interesează mai ales funcția de reglare. Modificările infrastructurale din bolile funcționale interesează fie emisia, transmiterea și recepționarea, fie pelucrarea informațiilor necesare procesului de reglare. Pe lîngă factorii substanțiali, energetici, asupra organismului uman acționează și factori predominant informaționali. Uneori însă informațiile primite pot devia procesele de reglare pe căi neadecvate, cibernozele desemnînd tocmai aceste boli în care procesele de reglare sînt tulburate, blocate sau deviate pe alte căi. În accepțiunea acestui mod de interpretare, boala psihică, în toate variantele sale, poate fi privită ca o cibernoză, în care informația cea mai complexă suferă distorsiuni la diferite nivele de integrare, încă insuficient precizate.

339. **CIBOFOBIE**(F) (cf. lat. *cibus* „hrană" ; gr. *phobos* „frică") ● Frica patologică de hrană. Apare în nevroza fobică dar și în delirul hipocondriac, nevroza isterică și alte stări delirante.

340. **CICLO-** (cf. gr. *kyclos* „cerc") ● Element de compunere care introduce în termeni sensul de rotund sau periodicitate.

341. **CICLOBARBITAL**(M) România — DCI *Cyclobarbitalum* ; medicație sedativ-hipnotică → BARBITURICE.

342. **CICLODINIE** (cf. *ciclo-* ; gr. *dinos* „învîrtire, vîrtej") → SINTONIE.

343. **CICLODOLUM**(M) U.R.S.S. — DCI *Trihexifenidilum* ; medicație antiparkinsoniană sin. → ROMPARKIN(M) România.

344. **CICLOFRENIE** (cf. *ciclo-* ; gr. *phren* „inimă, spirit, rațiune") ● Termen conceput pentru a defini o afecțiune cu un dublu caracter : periodicitatea și reversibilitatea. Este rar utilizat ; OBREGIA îl folosea pentru psihoze afective schizofrenice, dipsomanie și episoade confuzionale repetate. Mai tîrziu BRÂNZEI a încercat să-l revitalizeze, fără succes însă (deși conform definiției ar putea delimita destul de bine unele psihoze afective).

345. **CICLOID-CICLOIDIE** (cf. *ciclo-* ; gr. *eidos* „formă") ● Tip de dizarmonie a personalității, avînd o evoluție plană fără pusee ceea ce o deosebește de psihoza maniaco-depresivă și ciclotimie. Termenul, definit în acest sens de KAHN, K. SCHNEIDER și GUREVICI, cu pornire de la tipologiile kretschmeriene, nu a reușit să se impună, învingînd în această dispută termenul de timopatie → SINTONIE.

346. **CICLOSTENIE** (cf. *ciclo-* ; gr. *sthenos* „forță") ● Termen introdus de P. ABELY (1948), pentru a defini o tulburare a steniei cu caracter alternant (hiper/hipostenie). Nu este utilizat în prezent.

347. **CICLOTIM** — *tip de personalitate* (cf. *ciclotimie*) — sin. PICNIC ● După tipologia lui E. KRETSCHMER (1930) se caracterizează fizic prin : statură medie, față largă, gît scurt și masiv, piept slab și bombat, pîntece gras. Din punct de vedere psihic prezintă instabilitate emotivă, lipsă de voință, sociabilitate, simț practic, tendință spre comoditate. Faza intermediară a tipului ciclotimic este faza de cicloidie. Incidența psihiatrică este constituită de psihoza maniaco-depresivă.

348. **CICLOTIMIE** (cf. *ciclo-* ; gr. *thymos* „spirit") ● Termen introdus de KAHLBAUM (1882) pentru a defini o formă ușoară a psihozei maniaco-depresive. În prezent această semnificație nu mai este împărtășită, considerîndu-se că ciclotimia nu atinge intensitatea și nu îndeplinește criteriile unui episod afectiv major. Între stările de excitație, euforie și stările depresive există perioada de acalmie, fapt care diferențiază ciclotimia de o structurare dizarmonică de tip afectiv a personalității. Termenul este legat de noțiunea de „constituție", biotip în sensul stabilit de KRETSCHMER în tipologia sa ; el consideră că ciclotimul, corespunzînd somatic tipului picnic, ar avea predispoziție pentru psihoza maniaco-depresivă, fapt neconfirmat de stadii epidemiologice, dar care a căpătat în timp un caracter de dogmă. Ca descriere clinică în perioadele de excitație (care nu este atît de dezordonată și improductivă ca cea din manie), subiectul este euforic, activ, întreprinzător, spiritual, neobosit, fără să simtă nevoia de somn, capabil de o activitate rodnică, dar fără performanțe superioare, cu posibile excese etilice și sexuale. Fără pauză aparentă, această stare dispare și este înlocuită imediat sau după un interval printr-o fază de

depresie, în care subiectul devine trist, descurajat, incapabil de efort, resemnat, cu randament scăzut de muncă — de altfel epuizat și deci, într-un fel, compensator în raport cu perioada anterioară. KRAEPELIN înțelegea prin acest termen o psihoză maniaco-depresivă atenuată. Alți autori (GANNUSKIN, KRETSCHMER) includ ciclotimia constituțiilor psihopatice. Pentru viitor însă, problema definirii acestui termen rămîne deschisă.

349. **CIDIFOS**(M) Italia — DCI *Citicolină* ● **CIDILIN**(M) Italia Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

350. **CILINDRAX** (cf. gr. *kylindros* „cilindru"; *axon* „axă") — sin. NEURIT → sin. AXON.

351. **CINCOFARM**(M) Spania — DCI *Oxitriptan* ● Antidepresiv timoleptic, cu o structură chimică particulară, de tip (—)5-hidroxi-L-triptofan, un precursor al serotoniei, care se presupune a fi scăzută în depresii. Indicat în depresii endogene, involutive, mascate ; este util în combatrea efectelor secundare L-dopa. Are certe valențe sedativ-hipnotice (în special insomnia de readormire) ; nu se administrează concomitent cu IMAO.

352. **CINEMATOGRAFICE**(H) *halucinații* (cf. gr. *kinema* „mișcare" *graphein* „a scrie" ● Halucinații vizuale complexe, scenice, cu o dinamică a imaginilor care îi lasă subiectului impresia că urmărește scenele unui vis. Afectivitatea pacientului este aproape totdeuna antrenată spre polul negativ. Se întîlnesc în stări de surmenaj intens, cînd au o durată foarte scurtă, în leziuni ale calotei pedunculilor cerebrali, în stări confuzionale, infecțioase, toxice, în psihoze.

353. **CINISM** (fr. *cynisme* ; cf. gr. *kynikos* „de ciine, cinic") ● Atitudine de sfidare a normelor morale (prin minimalizarea sau nerecunoașterea lor) sau de sancționare cu singe rece a unor idei sau acțiuni ale semenilor, fără a ține seama de sentimentele sau sensibilitățile omenești. Termenul își are originea în doctrina filozofică inițiată în antichitatea greacă de ANTISTHENE, discipolul lui SOCRATE. Cinismul caracterizează frecvent structurile dizarmonice de personalitate, cu predilecție a celor de tip asocial paranoiac și schizoid, dar poate fi și expresia simptomatică a unei depresii melancoliforme sau de involuție. Cinicul, care poate fi o persoană bine dotată intelectual, se poate manifesta variat, fie ca spirit opozant zeflemitor, intolerant, chițibușar, care incită la controverse sau provoacă prin duritate și ironie reacții de apărare din partea celor din jur, fie ca observator lucid, dar nihilist, care infierează sau sancționează diferite atitudini, fără a oferi însă soluții de ameliorare.

354. **CINNALOID**(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● **CINNASIL**(M) S.U.A. Neuroleptic sedativ alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

355. **CIPRODENE**(M) Portugalia — DCI *Cyprodenat* ● Psihostimulent, derivat DMAE, de tip 2-(dimetilamino)etil ciclohexan propionat, precursor al colinei și acetilcolinei, cu acțiune centrală, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, boli psihosomatice, depresii ușoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor și anticonvulsivantelor. Nu se administrează în epilepsie singur, ci numai cu anticonvulsivante (pentru combaterea efectelor secundare).

356. **CIRCE**(M) Venezuela — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

357. **CIRCULARĂ** — *nebunie* (cf. lat. *circularis*) ● Termen folosit pentru a desemna stări patologice incadrate astăzi în psihoza maniaco-depresivă, propus în 1854 de FALRET („folie circulaire") cu scopul de a caracteriza succesiunea regulată a stărilor maniacale cu cele depresive, despărțite printr-un interval liber de durată variabilă.

358. **CIRCUMSTANȚIALITATE** (cf. lat. *circumstantia* „împrejurare, situație") ● Modalitate a comunicării, caracterizată prin formularea unor răspunsuri, explicații sau relatări ce excelează prin bogăția detaliilor nesemnificative, absența conciziei și relevanței, în funcție de împrejurările concrete în care se află subiectul. Astfel, la persoanele normale, circumstanțialitatea reprezintă o trăsătură distinctă a virstelor extreme (în copilărie și în senescență), a sexului feminin (exprimări mai bogate și mai nuanțate, dar mai puțin concise), a unor situații dictate

de statutul profesional și social (profesor, avocat, medic, șef etc.) sau a altor condiții (convorbire telefonică, consultație medicală, sublinierea voită a unui adevăr, intenția de cîștigare a simpatiei, compasiunii și de distragere a atenției interlocutorului etc.).

Particularitățile psihologice ale subiectului joacă un rol important, atît sub raport performanțial (nivel scăzut de instrucție, intelect liminal), cît și sub raportul trăsăturilor de personalitate (introversie/extroversie, emotivitate/nonemotivitate). Anumite stări emoționale puternice (situații anxiogene, de șoc) pot determina accidental și temporar exprimări circumstanțiale, contrare firii subiectului. În psihiatrie, circumstanțialitatea este frecventă, căpătînd valoare de simptom în bolile care afectează capacitatea de sinteză, de asociație și simbolizare. Astfel, schizofrenia realizează o circumstanțialitate (aparentă) în spatele căreia se află procesul disociativ, traducînd ambivalența, detașarea, impenetrabilitatea și bizareria. Ca efect compensator al tulburărilor de memorie și scăderii capacității intelectuale (de care arteriosclerotícul este cu durere conștient), circumstanțialitatea este apanajul subiecților cu sindrom psiho-organic (demențe, epilepsie, stări psihopatoide). În psihozele de involuție și delirurile sistematizate cronice, discursul subiectului reflectă o circumstanțialitate „dirijată" în sensul delirului său.

359. **CIRCUMVOLUȚIE** (cf. lat. *circumvolutus* „înfășurat") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GIRUS.

360. **CIPRONYL**(M) R.F.G. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, (petit mal), afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd realiza un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

361. **CISMESTITISM** (cf. lat. *cis* „dincoace"(; gr. *meston* „a umple, a acoperi" $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CISVESTITISM.

362. **CISORDINOL**(M) Danemarca, Olanda, Suedia — DCI *Clopentixol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-9-iliden)propil/-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4—5 ori CLORPROMAZINEI, cu valențe antiemetice și spasmolitice. Acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă și hipotensiunea.

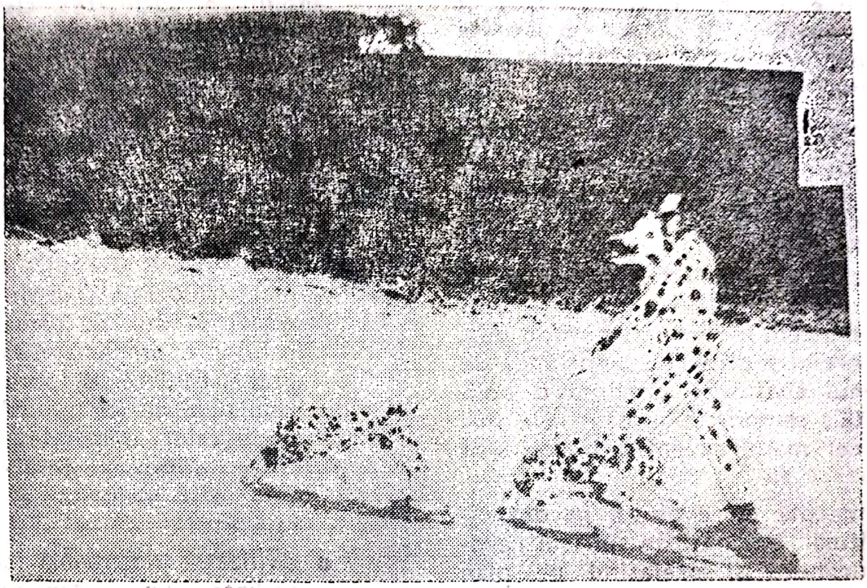
363. **CISORDINOL DEPOT**(M) R.F.G. — DCI *Clopentixol decanoat* ● Neuroleptic utilizat în tratamentul de lungă durată în ambulatork cu aceleași indicații cu ale CISORDINOLI STANDARD.

364. **CISTATIONEMIE**(B) *boală* (cf. gr. *kystis* „vezică") ● Afecțiune ereditară descrisă de HARRIS, în 1959, care apare numai la homozigoți. Clinic, se caracterizează prin întîrziere psihică, tulburări de comportament și malformații congenitale. Aceste manifestări sînt rezultatul unui deficit enzimatic (absența activității cistationazei) cu rol în transformarea cistationinei în cisteină. Afecțiunea trebuie diferențiată de cistationuriile din bolile hepatice, neuroblastom și carența de piridoxină.

365. **CISVESTITISM** (cf. lat. *cis* ; *vestire* „a îmbrăca") — sin. CISMESTITISM ● Alegerea unei vestimentații în dezacord total cu vîrsta și poziția socială, dar în acord cu sexul, spre deosebire de TRANSVESTITISM. Vestimentația nu este dezordonată, ci mai mult rafinată, dar necorespunzătoare, subiectul dorind să pară altceva decît ceea ce este. Sub o formă sau alta de tonalitate, se întîlnește mai frecvent la cumpăna dintre vîrste (copil/adolescent, adolescent/adult, adult/bătrîn) și la personalități dizarmonice, în debilitate mintală, patologie preinvolutivă și involutivă, psihoză discordantă. Paradoxal, în ultimele ipostaze valoarea diagnostică este mai mică, chiar dacă tonalitatea și intensitatea manifestării este mai evidentă decît în primul caz, cînd poate reprezenta un element subtil de orientare pentru clinicianul versat. Elementul semiologic nu a căpătat importanța cuvenită în spitale, în primul rînd datorită imposibilității de observare și valorificare *„în condiții de comparare a pijamalelor din spital"*.

366. **CITATOMANIE** (cf. lat. *citare* a chema, a convoca" ; gr. *mania* „nebunie") ● Folosirea abuzivă a citatelor într-o discuție. Trebuie diferențiată de alte două situații patologice : repetarea abuzivă a aceluiași citat, cu sau fără rost, în aceeași discuție sau repetarea de citate fără nici o legătură cu situația (expresia unor perturbări grave), dar și de utilizarea corespunzătoare a citatelor pentru a pigmenta o discuție, cu o frecvență în nici un caz supărătoare, ceea ce este *„mai mult decît normal"*.

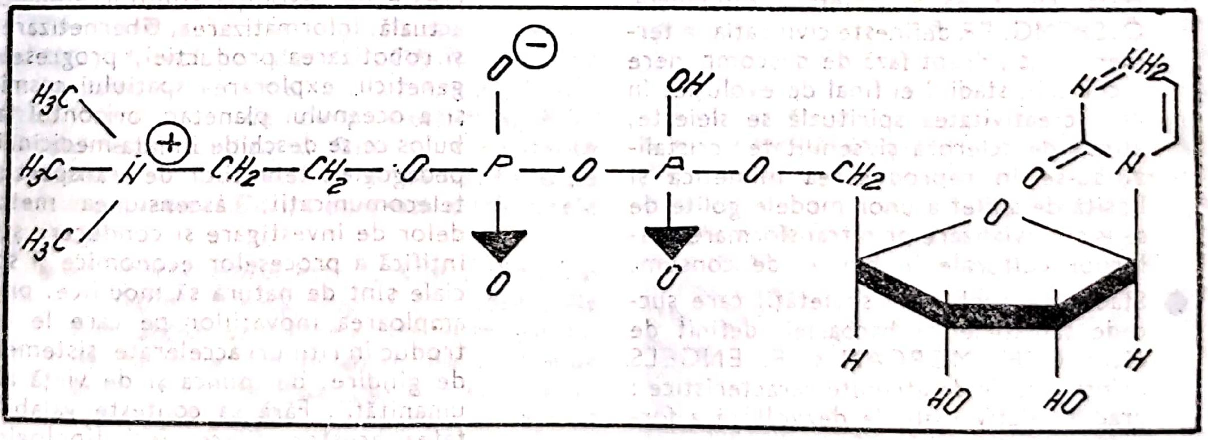
Citatomania este expresia semidoctismului și a platitudinii intelectuale, grefate pe o personalitate discret histrionică și caracterizează un subiect căruia îi este mai ușor să construiască cu prefabricate decît creativ.



Bryan Van Storrex

367. CITELLI(S) *sindrom* • Sindrom caracterizat prin întîrziere în dezvoltarea psihică, imposibilitatea de a se concentra, insomnie sau somnolență excesivă, care apare la subiecții afectați de o hipertrofie a țesutului limfatic nazo-faringian.

368. CITICOLINE(DCI) • Derivat colinic, cu o structură chimică diferită de a psihostimulen-



telor, în general de tip colină-citidină-5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice. Constituie principiul activ pentru un număr ridicat de produși farmaceutici, printre care:

AUDES(M)	Japonia
BRASSEL(M)	Italia
CEREB(M)	Japonia
CIDILIN(M)	Italia
DIKICON(M)	Japonia
EUMETABOL(M)	Spania
LOGAN(M)	Italia
METANEVRON(M)	Spania
NICHOLIN(M)	Mexic
REXORT(M)	Franța
SOMAZINA(M)	Spania
STARTONYL(M)	Grecia

369. CITODORM(M) Anglia — DCI *Metilpentinol* • Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

370. CITOZIS (cf. gr. *kytos* „celulă") —sin. ALOTRIOFAGIE ; EPITIMIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PICA.

371. **CITRULINEMIE**[B] *boală* ● Afecțiune genetică, rară, cu transmitere recesiv-autosomală, caracterizată clinic prin vărsături, somnolență, convulsii, întîrziere psihică și alcaloză hipokaliemică. Examenele de laborator evidențiază hipercitruliemia, hipercitrulinorahia și citrulinuria. Patogenic, afecțiunea recunoaște un deficit enzimatic (argininsuccinatsintetaza). Prognosticul este rezervat.

372. **CIVILIZAȚIE** (fr. *civilisation*; cf. lat. *civilis* „cetățenesc") ● Termenul originar desemna atributele cetățeanului, drepturile, îndatoririle și normele sale de conduită în viața publică a cetății. Termenul actual provine din cuvîntul franțuzesc „civilisation", creat de raționaliștii secolului al XVIII-lea. Larg utilizat în contexte dintre cele mai variate și fiind pus, de regulă, în corelație directă cu noțiunea de cultură, termenul civilizație prezintă o polisemie accentuată; semnificațiile sale cele mai importante și cel mai frecvent utilizate sînt următoarele:

● Stadiu, treaptă de evoluție în dezvoltarea culturii. Animați de spiritul revoluției burgheze și prefațînd pe plan ideologic ascensiunea capitalismului, Voltaire și enciclopediștii definesc civilizația drept stadiu de înflorire și expansiune culturală, ieșirea creativității sociale din starea hibernală a epocilor întunecate (așa cum fusese Evul Mediu feudal), redeșteptarea interesului față de cunoaștere, invenție, în contextul unei largi difuzări și a intensificării schimbului de valori culturale. Două secole mai tîrziu, pe fundalul unui climat de criză spirituală a societății capitaliste, O. SPENGLER definește civilizația în termeni opuși, drept fază de descompunere a culturii, stadiul ei final de evoluție, în care creativitatea spirituală se sleiește, atinsă de scleroză și senilitate, cristalizîndu-se în reproducerea mimetică și lipsită de suflet a unor modele golite de sens și trivializare prin transformarea valorilor culturale în bunuri de consum.

● Stadiu de evoluție a societății care succede sălbăticiei și barbariei, definit de către L. H. MORGAN și F. ENGELS printr-o serie de atribute caracteristice: gradul relativ înalt de dezvoltare a forțelor de producție, datorită cărora societatea își extinde treptat posibilitățile de dominare tehnică a mediului natural, utilizarea scrisului, apariția și dezvoltarea orașelor, instituirea organizării politice a societății. În această accepțiune, noțiunea de civilizație este mai cuprinzătoare decît noțiunea de cultură, pe care și-o subordonează ca element, cultura denotînd activitatea de creație a valorilor spirituale. Cristalizată pe deplin în societatea clasică greco-romană, civilizația se periodicizează pînă astăzi după criteriul structurii social-economice predominante. Istoriografia occidentală distinge următoarele faze mari din dezvoltarea civilizației:

● civilizația preindustrială (denumită și tradițională), care durează din antichitate și pînă la apariția industrei manufacturiere și apoi a celei mecanice, efect al primei revoluții industriale. Acest stadiu se caracterizează prin rolul precumpănitor al economiei agrare, caracterul sporadic și de mică amploare al schimburilor comerciale și de valori culturale, ritmuri relativ lente de inovație tehnică și culturală, caracterul majoritar al populației rurale etc.;

● civilizația industrială (sau modernă); se bazează pe expansiunea producției industriale mecanizate, care intensifică ritmurile de progres social, schimburile de valori și produsul de urbanizare, transformînd știința și inovația tehnologică în factori esențiali de antrenare a dezvoltării;

● prognozele sociologiei nemarxiste converg în efortul de definire a civilizațiilor postindustriale, în funcție de coordonatele forțelor de producție create de revoluția științifico-tehnică actuală. Informatizarea, cibernetizarea și robotizarea producției, progresele geneticii, explorarea spațiului cosmic și a oceanului planetar, orizontul fabulos ce se deschide în fața medicinei, pedagogiei, tehnicilor de transport și telecomunicații, ascensiunea metodelor de investigare și conducere științifică a proceselor economice și sociale sînt de natură să modifice, prin amploarea inovațiilor pe care le introduc în ritmuri accelerate, sistemele de gîndire, de muncă și de viață ale umanității. Fără să conteste valabilitatea acestor diferențieri tipologice în dezvoltarea civilizației, istoriografia și sociologia marxistă evidențiază caracterul lor unilateral, întrucît se axează exclusiv pe dinamismul forțelor de producție, ignorînd sau minimalizînd deosebirile esențiale ce decurg în

configuraţia de ansamblu a societăţii din transformarea revoluţionară a relaţiilor de producţie.

- Universul artificial creat de oameni prin intermediul tehnicii, totalitatea rezultatelor obiectuale ale activităţilor materiale prin care o anumită societate umanizează mediul natural. Această accepţiune presupune o disjuncţie între cultură şi civilizaţie, cultura fiind domeniul creaţiei de valori spirituale, în vreme ce sfera civilizaţiei se resfrînge la producţia materială.
- Filozofia culturii aspiră să depăşească neajunsurile acestei disjuncţii artificiale între cultură şi civilizaţie, privindu-le ca faţete complementare ale creativităţii sociale. Civilizaţia reprezintă cultura materializată şi răspîndită în toate interstiţiile vieţii sociale, nu un adaos decorativ şi apanaj exclusiv al elitei, ci o ccordonată necesară a reproducţiei şi dezvoltării sistemului social, răsfrîntă în modele acţionale ale vieţii cotidiene. În această accepţiune, civilizaţia reprezintă realizarea sub formă de obiectivaţii a valorilor culturale şi integrarea lor cît mai largă şi diversificată în viaţa socială, gradul de civilizaţie al unei societăţi găsindu-şi expresia în măsura în care creativitatea ei culturală este convertită în sistemul de cunoştinţe, priceperi, nevoi şi aspiraţii ale oamenilor, în eficienţa şi amploarea difuzării valorilor şi bunurilor pînă la transformarea lor în elemente fireşti ale existenţei.

373. **CÎMP** • Teorie originală asupra personalităţii, dezvoltată de K. LEWIN, pornind de la psihologia formei şi împrumutînd din fizică conceptul de cîmp electromagnetic. Cîmpul este totalitatea faptelor coexistente concepute ca mutual interdependente. Bazat pe această definiţie, LEWIN operează următoarele distincţii :

- comportamentul este funcţie a cîmpului de fapte fizice (biologice) şi psihosociale interdependente care există în momentul dat ; analiza comportamentului începe de la structura de ansamblu prin care se diferenţiază părţile ; persoane concrete în situaţii concrete pot fi reprezentate cu ajutorul topologiei (adică matematic) ;
- noţiune neuropsihiatrică elaborată de MISKIN şi reluată de GROSS pentru înţelegerea fenomenului de localizare. O anumită zonă este esenţială pentru realizarea unei anume performanţe, iar distrugerea ei antrenează un deficit important în realizarea respectivei performanţe. Distrugerea unei zone învecinate aceleaşi regiuni determină un deficit mai uşor şi leziuni mai mici, iar cînd „cîmpul" înglobează centrul, rezultă un deficit maxim cu posibilităţi recuperatorii minime. Organizarea graduală a cîmpului funcţional ca o zonă de importanţă critică ar putea fi, după HECAEN, caracteristică localizărilor cerebrale.

374. **CÎMP AL CONŞTIINŢEI** — *modificări* • Focalizarea cîmpului conştiinţei asupra unui obiect, acţiuni, amintiri, idei. Cîmpul conştiinţei se caracterizează printr-o extraordinară dinamică a întinderii şi structurii sale ; ideile sau reprezentările care se află în cîmpul conştiinţei pot fi schimbate cu altele, pot fi mai multe sau mai puţine, în momente succesive de dimensiuni foarte mici. De asemenea, „calitatea" şi intensitatea cu care acestea sînt trăite poate varia în timp foarte rapid (sau foarte lent). Astfel, trăirile dintr-o situaţie existenţială cu puternică încărcătură afectivă sînt mai vii, mai „clar" conturate. În stări de oboseală, în depresie, trăirile pot fi mai şterse, ideile vin mai greu. În stările confuzionale claritatea dispare, toate elementele care apar în cîmpul conştiinţei devin estompate, nelegate între ele, structura cîmpului conştiinţei dezagregîndu-se. În stări de concentrare pentru o anumită activitate, cîmpul conştiinţei conţine doar cîteva elemente bine conturate, „clare", de exemplu cuvintele citite în momentul respectiv, mişcările care trebuie executate, raţionamentul care trebuie făcut. Atenţia are rolul de a modifica structura şi întinderea cîmpului conştiinţei în funcţie de necesităţile momentului.

Mobilitatea cu care cîmpul conştiinţei îşi schimbă structura poate fi diferită. La copilul mic cîmpul are o mobilitate mare, care scade treptat cu vîrsta, la început cu efecte pozitive asupra activităţii, pentru ca la vîrsta înaintată mobilitatea să scadă sub nevoile subiectului. În depresie sau în cazul ideilor obsesive, mobilitatea diminuează foarte mult ; în schimb, în manie mobilitatea duce la ineficienţa proceselor psihice. Îngustarea cîmpului conştiinţei se referă mai ales la scăderea numărului şi clarităţii trăirilor aflate la un moment dat în cîmpul conştiinţei fără voinţa individului. Fenomenul se întîlneşte în depresie, surmenaj, hipnoză.

Focalizarea cîmpului conştiinţei este un termen care se referă la o stare asemănătoare cu cea descrisă anterior, dar care se produce voluntar, în urma concentrării atenţiei asupra unor idei, imagini, amintiri.

375. **CÎMP PSIHOLOGIC** ● Ansamblul fenomenelor psihice conştiente şi inconştiente în interacţiune cu evenimentele din mediu, într-o anumită unitate de timp. Cu această accepţie, noţiunea de cîmp psihologic a fost introdusă de K. LEWIN în teoria sa asupra personalităţii, potrivit căreia comportamentul este determinat de interacţiunea dintre subiect şi mediu. Aceste entităţi, deşi separate, se află într-o stare de dependenţă, de permanentă interacţiune, datorită permeabilităţii limitelor. În felul acesta este posibil ca orice modificare produsă în una din ele să determine modificări şi în cealaltă. În fiecare persoană se disting două regiuni : una internă, corespunzătoare motivaţiilor, idealurilor, structurilor cognitive etc. şi una externă, reprezentînd aria perceptual-motorie. Aceasta din urmă este calea prin care evenimentele din mediu ajung la regiunea internă. Teoria lui LEWIN are un caracter dinamic, subliniind permanentele schimbări dintre persoane şi mediu, structurile şi restructurările care se produc în fiecare din ele.

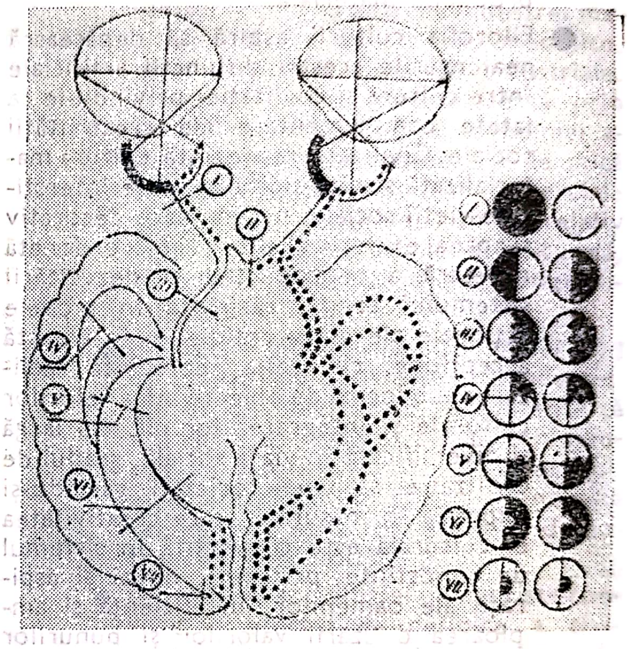
376. **CÎMP SOCIAL** ● În accepţiunea dată de LEWIN (1947), prin cîmp social se desemnează totalitatea dinamică a relaţiilor sociale interdependente sau a relaţiilor în reţea existente la un moment dat. Include grupurile, subgrupurile, indivizii, barierele sociale, canalele de comunicaţie etc. Este deci o structură dinamică socială cu ecologia ei.

Cîmpul social mai poate desemna prezenţa concretă ori evocată a unei alte persoane (sau influenţa exercitată de ea), precum şi elementele materiale care configurează o entitate socială sub aspectul produselor create de colectivitate, de tipul cărţilor, monumentelor, operelor de artă, manuscriselor etc.

377. **CÎMP VIZUAL** ● Ansamblul punctelor din spaţiu pe care un ochi imobil le poate cuprinde în condiţiile unei iluminări date. Există un cîmp vizual monocular care traduce sensibilitatea retinei şi pe aceea a conexiunilor sale centrale. Limitele acestui cîmp raportate la o perpendiculară ideală care ar trece prin centrul retinei, superior de la 45—50°, inferior de la 60—80°, nazal de la 50—60°, iar temporal de la 80—90°.

Cîmpul vizual binocular este format din spaţiul pe care subiectul îl poate parcurge simultan cu cei doi ochi larg deschişi. Evident, acest cîmp realizat din suprapunerea celor două cîmpuri monoculare va prezenta o zonă în care vederea este binoculară de la circa 30°, în care percepţia vizuală este monoculară. Cîmpul vizual este în relaţie directă cu gradul de iluminare, vîrsta subiectului şi gradul de deschidere al pupilei. Tehnicile de determinare ale cîmpului vizual sînt : campimetria, perimetria, angioscotometria.

O serie de circumstanţe patologice psihiatrice duc la o modificare a cîmpului vizual care poate deveni, pentru specialistul iniţiat, un ghid de orientare util. Cele două mari categorii de modificări sînt : strîmtorările (îngustările) şi scotoamele. Strîmtorarea regulat concen-



Căile optice : leziuni, urmări :

I – Întreruperea conductibilităţii în nervul optic cu cecitate unilaterală ; II – compresiunea unghiului anterior al chiasmei cu hemianopsie bitemporală ; III – leziune a bandeletei optice stîngi cu hemianopsie dreaptă ; IV – lezarea fasciculului inferior al radiaţiilor optice stîngi cu hemianopsie în cadranul superior drept ; V – lezarea fasciculului superior al radiaţiilor optice stîngi cu hemianopsie în cadranul inferior drept ; VI – lezarea celor două fascicule reunite ale radiaţiilor optice din stînga cu hemianopsie homonimă şi respectarea maculei ; VII – leziune ce interesează polul occipital de partea stîngă cu scotom central hemianopsic drept.

trică poate avea drept cauză simularea sau, mult mai rar, o cauză organică (cauzele organice nu duc la îngustări regulate decît în faze deosebit de avansate : strîmtorarea tubulară din glaucomul avansat sau retinopatia pigmentară). Strîmtorarea neregulată concentrică poate apărea în atrofia optică tabetică.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferențial al îngustărilor de cîmp vizual funcționale (isterice) față de cele organice necesită explorarea cîmpului vizual la două, trei distanțe diferite și analiza comparativă. Dacă, indiferent de distanță, cîmpul vizual rămîne îngustat („în tunel") tulburarea este funcțională deoarece în mod normal cîmpul vizual trebuie să crească odată cu distanța la care acesta se determină. Reducerile organice ale cîmpului (legate de lezarea căilor sau ariilor de proiecție) pot orienta diagnosticul de localizare. Prezentăm o serie de astfel de posibilități (după ȘERBĂNESCU)

Scotomul reprezintă modificarea cea mai frecventă (dar și cea mai benignă) a cîmpului vizual, întîlnită și în multe interferențe psihiatrice → SCOTOM.

378. **CLARITATE** (cf. lat. *claritas* „limpezime") ● Calitatea funcțiilor și/sau proceselor psihice de a se desfășura la un nivel optim, în vederea realizării unei cunoașteri obiective, corecte a realității ; pentru o astfel de cunoaștere este necesară o optimizare a percepțiilor (W. WUNDT deosebește pragul clarității de cel al intensității), care reclamă concentrarea și direcționarea atenției (TITSCHNER), prelucrarea datelor integrate prin procesele gîndirii. Toate acestea sînt posibile numai în condițiile existenței unei stări de claritate a cîmpului conștiinței, a lucidității, a capacității de orientare optimă temporo-spațială, allo- și autopsihică. Concepția carteziană considera claritatea ca fiind una din calitățile esențiale ce caracterizează gîndirea și conștiința (zona conștiinței clare este întotdeauna restrînsă).

379. **CLARMYL**$^{(M)}$ Spania — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei ; indicat în boli psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate, în tratamentul ambulator, neinfluențînd reflexele conducătorilor auto.

380. **CLARVIZIUNE** (fr. *clairvoyance*) ● Calitate a gîndirii de a fi realistă și perspicace, astfel încît, prin judecăți și operații logice, să poată cunoaște a priori desfășurarea, rezultatul unui eveniment ; se poate spune deci că este capacitatea de prognoză, realizată pe baza unor calcule statistice, de probabilitate etc., pornind de la datele realității obiective, în scopul evaluării unei realități viitoare posibile sau probabile.

Termenul este utilizat și cu un sens apropiat celui de premoniție, de prognoză a viitorului prin metode empirice, stări de „transă", „iluminare", „puteri supranaturale" care aparțin uneori patologiei (deliranți mistici, mai ales), dar nu de puține ori, șarlataniei.

381. **CLAPARÈDE Edmond** (1873—1940) ● Psiholog elvețian, fondatorul Institutului J. J. Rousseau din Geneva, cu preocupări în stabilirea de corelații între dezvoltarea fizică și psihică a copilului. În principala sa lucrare „Comment diagnostiquer les aptitudes chez les enfants", propune primele teste pentru depistarea aptitudinilor.

382. **CLAPARÈDE**$^{(T)}$ *test* ● Variantă adaptată pentru populația Elveției a scalei de inteligență Binet-Simon → BINET$^{(T)}$ test.

383. **CLASIFICARE** (fr. *classifier* ; cf. lat. *classis* „clasă" ; *facere* „a face") ● Demers deductiv de cunoaștere, prin gruparea, ordonarea, repartizarea sau ierarhizarea obiectelor, fenomenelor, conceptelor, relațiilor etc., după criterii predeterminate, în clase și categorii ; rezultatul acestei operații. În acest sens, clasificarea este un demers științific, o treaptă necesară în cercetarea și cunoașterea fenomenelor la care este aplicată. Clasificarea ideală este aceea în care criteriile de identificare și discriminare sînt suficient de precise, astfel încît un obiect studiat să nu poată fi introdus decît într-o clasă dintr-un ansamblu de clase posibile (WING, 1984). Știința clasificărilor este taxonomia. Unitatea de clasificare se numește taxon. Există clasificări uni-, bi-, pluricriteriale, criteriologia unei clasificări fiind dictată de numărul și gradul de cunoaștere a fenomenelor ce urmează a fi clasificate. O clasificare fondată pe unul sau mai multe criterii arbitrar considerate este artificială. Sînt utilizate, în raport cu scopul urmărit, mai multe tipuri de clasificare : dicotomică, ierarhică, metodică, naturală sau genetică (aceasta din urmă utilizează un ansamblu de caractere, în funcție de afinitățile reale ale fenomenelor clasificate, indicînd eventual și relațiile naturale de înrudire, de exemplu clasificarea filogenetică). Clasificarea urmărește stabilirea unor nomenclaturi. SĂHLEANU (1976) propune în acest sens, ca sinonim, termenul nosonomie, pentru clasificarea bolilor.

În psihiatrie, vorbim de clasificarea bolilor psihice, a psihotropelor, a produselor farmaceutice etc. J. PIAGET consideră clasificarea drept una dintre caracteristicile fundamentale ale dezvoltării inteligenței. În geneza și dezvoltarea inteligenței pot fi enumerate mai multe etape ale dezvoltării capacității de clasificare : clasificarea primitivă (0—10 luni) ;

clasificarea simplă (vîrsta antepreşcolară); clasificarea de tip figural (vîrsta preşcolară) şi nonfigural (pînă la 14 ani) clasificarea de tip combinator (14—18 ani); clasificarea complexă prin combinaţii, incluziuni de clase, comutativitate şi extensie de criterii.

384. CLASIFICARE A BOLILOR PSIHICE

• Tentativele de clasificare a bolilor psihice reprezintă trepte în evoluţia cunoaşterii şi conceptualizării acestora. O clasificare a bolilor psihice reflectă o concepţie nosologică, din care decurge de fapt, dar este în acelaşi timp şi parte integrantă a unei nosologii cu care, după unii autori, se confundă.

Jules FALRET (1899) a rezumat condiţiile esenţiale pe care trebuie să le îndeplinească o clasificare naturală:

- să cuprindă ansamblul caracterelor comune şi diferenţiale ale faptelor clasificate;
- să le subordoneze şi ierarhizeze astfel încît să-l indice pe cel mai important, existenţa celorlalte putînd fi astfel dedusă;
- succedarea faptelor aparţinînd unei clase într-o ordine predeterminată, previzibilă, proprie.

Aceste principii taxonomice îşi păstrează şi astăzi integral valabilitatea. Clasificarea artificială are în vedere una sau mai multe caracteristici şi cuprinde patru tipuri:

- clasificarea facultăţilor intelectuale, morale sau instinctive presupuse a fi afectate în starea de „nebunie" (inteligenţa, voinţa, sensibilitatea);
- clasificarea ideilor şi sentimentelor predominante (nebunia orgoliului, erotică, religioasă etc.);
- clasificarea actelor comise de subiect (suicid, omucidere, cleptomanie etc.);
- clasificarea delirului în funcţie de amplitudinea şi caracterul său (alienaţie parţială sau generală, expansivă sau depresivă).

Prima clasificare a bolilor psihice datează din secolele al IV-lea—al V-lea î.e.n. şi aparţine lui HIPOCRATE care distingea tulburările mintale acute febrile (probabil echivalentele sindroamelor psihoorganice acute), tulburări cronice afebrile (denumite melancolie), isteria şi boala „scitică" (echivalentă transvestismului). SORANUS din Efes (secolul I e.n.) imaginează o clasificare triadică ce cuprinde phrenitis (boala acută febrilă, agitaţie), mania (melancolia) şi homosexualitatea.

În secolul al XVI-lea PARACELSUS distinge cinci categorii de boli psihice: epilepsia, mania (tulburări mintale acute, violente), „vitus chorea" (nebunia dansului), sufocarea intelectului (toate accidentele paroxistice exceptînd epilepsia) şi „nebunia" cu cinci subtipuri: „lunatică" (tulburări periodice ritmate de fazele lunii), „nebunia" propriu-zisă (boală ereditară), vesania (datorată otrăvurilor), melancolia, posesiunile demonice şi obsesiile. SYDENHAM (secolul al XVII-lea) clasifică sindroamele psihice după un criteriu patogenic: disfuncţia echilibrului umoral sau a tensiunilor tisulare. În secolul al XVIII-lea este important de menţionat introducerea, în clasificările lui Paul ZACCHAIS, a elementului de delirium al cărui sens asemănător se păstrează pînă în cele mai noi sisteme de clasificare.

La începutul secolului al XIX-lea, PINEL descrie patru boli funcţionale ale sistemului nervos determinate de leziuni anatomice, inflamaţie, febră, hemoragie, caracterizate ca „nevroze": mania, melancolia, demenţa şi idioţia, la care ESQUIROL în aceeaşi perioadă adaugă monomoniile (intelectuală şi afectivă). Odată cu descrierea paraliziei generale — BAYLE (1822) — nozografia psihiatrică se orientează spre concepţia anatomoclinică încercînd să caute concomitenţele lezionale ale tulburărilor clinice, orientare ce va fi valorificată mai tîrziu de KRAEPELIN, JASPERS şi SCHNEIDER. Este de menţionat în acest sens clasificarea lui MOREL (1860), care rămîne tributară însă şi concepţiei degenerescenţei susţinută de autor: alienări ereditare (monomanie, idioţie, degenerescenţă intelectuală), prin intoxicaţii (pelagra, alcoolismul), determinate de nevroze (istero-epilepsia, hipocondria), idiopatice (paralizie generală), demenţiale şi „nebuniile simpatice". KAHLBAUM (secolul al XIX-lea) este primul care stabileşte criterii de clasificare acceptate şi astăzi: vîrsta debutului şi evoluţia caracteristică a unei boli, separînd bolile psihice cu substrat organic de cele fără un astfel de substrat.

La începutul secolului XX, KRAEPELIN continuă calea descriptivă iniţiată de KAHLBAUM, stabilind criterii etiologice, evolutive şi legate de starea terminală (a cărei importanţă fusese subliniată de FALRET şi GRIESINGER). Perspectiva diacronică iniţiată de FALRET şi BAILLARGER, care reuniseră două tablouri contradictorii, mania şi melancolia, într-o singură boală, a acordat prioritate evoluţiei şi stării terminale a unei specii morbide faţă de descrierea ei secvenţială semiologică, constituind una din orientările moderne în elaborarea sistemelor de clasificare.

După repetate remanieri, KRAEPELIN (1906) clasifică bolile astfel: psihoze infecţioase (delirul febril şi infecţios), psihoze de epuizare (confuzia mintală, epuizarea nervoasă cronică), intoxicaţia acută şi cronică (alcool, morfină, cocaină), psihoze tireogene (cretinismul, psihoza mixedematoasă), demenţa precoce (hebefrenia, hebefreno-catatonia, demenţa paranoidă, parafrenia), paralizia generală, psihoze de involuţie, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, psihoza epileptică, nevroze psihogene, stări patologice congenitale (nebunia obsedantă, impulsivă, perversiuni sexuale), personalităţi psihopatice (criminali, instabili, mitomani), oprirea dezvoltării psihice (idioţia, imbecilitatea).

Reluînd la alt nivel perspectiva psihopatologică a lui BLEULER, JASPERS descrie o psihopatologie subiectivă (fenomenologia) — ca descriere comprehensiv genetică a datelor subiective ce urmăreşte o cauzalitate internă — şi o psihopatologie obiectivă care explică datele obiective urmărind o cauzalitate externă. Abordarea jaspersiană este completă, complexă şi sintetică cu eficienţă în elucidarea dilemei diagnostice şi în delimitarea nozologică. JASPERS distinge, după criteriul etiologic, psihoze exogene (organice şi simptomatice) şi funcţionale sau idiopatice, pe care le clasifică în: psihoze acute şi cronice, sindroamele stărilor afective anormale, sindroamele alterărilor conştiinţei, sindroamele vieţii psihice „deranjate" (ce cuprind sindroamele paranoiace şi catatonice), sindroamele organice (afazice, demenţa organică, sindromul Korsakov), tulburările personalităţii, sindroame nervoase (neurastenice, psihastenice), forme ale fantasticului (experienţele psihotice şi delirante din schizofrenie, toxicomanii, pseudologia fantastică, experienţele onirice).

În clasificarea sa, K. SCHNEIDER adoptă poziţia unui „dualism empiric", boala fiind „variaţie anormală a fiinţei psihice" sau consecinţa unei boli somatice, şi conferă conceptului de diagnostic o dublă determinare: „somatologică" şi „psihopatologică". Astfel, el descrie:

- varietăţi anormale ale fiinţei psihice: aptitudini intelectuale anormale, personalităţi anormale, reacţii anormale la un eveniment trăit;
- consecinţe ale bolilor (şi malformaţiilor):
  - cu caracter acut (obnubilarea conştiinţei) şi cronic (dezintegrare a personalităţii — personalităţi primitive nediferenţiate şi diferenţiate);
  - intoxicaţii, paralizia generală, alte infecţii, alte boli interne, malformaţii cerebrale, tumori cerebrale, arterioscleroza cerebrală, bolile cerebrale ale senilităţii, alte boli cerebrale, epilepsia esenţială şi altele (ciclotimia, schizofrenia).

În S.U.A., prima consemnare oficială a bolilor psihice apare cu ocazia recensămîntului din 1840, fiind menţionată o singură categorie care reunea idioţia şi nebunia (SPITZER, WILLIAMS). O clasificare propriu-zisă apare în 1880 şi cuprinde şapte clase: mania, melancolia, monomania, pareza, demenţa, dipsomania, epilepsia şi este urmată de o alta, în 1923, elaborată de Asociaţia Americană medico-psihologică şi de Comitetul Naţional pentru Sănătate Mintală, care se menţine pînă în 1935. Aceste două sisteme, referindu-se cu precădere la tulburările cu evoluţie cronică, nu au fost suficient de cuprinzătoare în privinţa diversităţii clinice a tulburărilor clasificate şi s-au dovedit inoperante pentru codificarea tulburărilor acute apărute în proporţie mare în cursul celui de al doilea război mondial. Din aceste motive Administraţia Veteranilor a elaborat o clasificare proprie (concepută de W. MENNINGER) care a servit ca model şi pentru DSM I (redactor principal G. RAINES, 1952), clasificare care constituie primul glosar ce cuprinde şi definiţia fiecărei tulburări clasificate. Achiziţiile valoroase ale nozologiei europene şi-au găsit însă cu greu locul în acest glosar tributar influenţelor hegemonice ale lui A. MEYER, atît în plan terminologic cît şi conceptional (aproape toate tulburările erau considerate „reacţii" în cadrul funcţionării invariabile a mecanismelor etiopatogenice, psihodinamice şi a defenselor psihanalitice). De aceea a fost preferată utilizarea clasificării anterioare din 1935, apoi a ICD-ului VIII din 1968, pînă în 1972 cînd a fost pus în practică DSM II (redactor principal E. GRÜNBERG). Acesta înlătură utilizarea excesivă a termenului de „reacţie" din DSM I şi introduce ideea diagnosticului multiaxial, stabilind zece categorii de boli psihice: întîrzierea mintală, sindroamele organice cerebrale, psihozele nedeterminate ale afecţiunii somatice anterioare, nevrozele, tulburările de personalitate şi alte tulburări non-psihotice, tulburările psihofiziologice (psihosomatice, subîmpărţite după

organul afectat), simptomele speciale (care apar în absența altor tulburări psihice, îndeosebi la copii), tulburările situaționale tranzitorii (reacții acute, inclusiv psihotice, apărute la persoane fără tulburări anterioare aparente), tulburări de comportament ale copilăriei și adolescenței, situații fără tulburări psihiatrice manifeste și non-specifice (dezadaptații social), fiind semnalate și tulburările nespecifice (care nu pot fi considerate boli mintale, dar necesită ajutor psihiatric).

Încă din 1948, OMS a pus la dispoziție practicienilor din toate țările, prima clasificare internațională (ICD VI), intitulată „Tulburări mintale, psihonevrotice și de personalitate" care indică zece categorii de psihoze, nouă de psihonevroze, șapte de tulburări de caracter, comportament și intelect. La fel ca și ICD VII, care i-a urmat și cu care era identic, nu a fost oficial folosită decît în cîteva țări (Finlanda, Noua Zeelandă, Peru, Thailanda, Anglia) datorită omisiunii demențelor și a multor tulburări de personalitate și adaptare, precum și faptului că formularea termenilor diagnostici în funcție numai de criteriul ideologic nu a permis unificarea concepțiilor diferitelor școli naționale.

Abia ICD VIII (1968) și ICD IX (1978) inventariază totalitatea bolilor psihice după criterii etiologice și timice, fără a rezolva complet uniformizarea terminologiei în lumina unor criterii definitorii și discriminatorii. Clasificările adoptate în toate tratatele și manualele europene de psihiatrie: HENDERSON și GILLESPIE (1950), MAYER-GROSS, STATER, ROTH (1969), PREDESCU (1976), EY, BERNARD, BRISSET (1979), KERBIKOV, OZERESKI, POPOV, SNEJNEVSKI (1958), Ediția a XV-a a manualului lui E. BLEULER îngrijită de M. BLEULER (1983), precum și în unele sisteme cu caracter național („Clasificarea franceză a tulburărilor mintale" — INSERM, 1968 și „Marele Glosar britanic al tulburărilor mintale" elaborat sub direcția lui A. LEWIS — 1968) prezintă elemente diferențiate de sistemul propus prin ICD IX.

În stadiul actual al nozografiei și nozologiei, flexibilitatea criteriologiei exclude absolutizarea criteriului etiologic, care nu poate fi eficient decît asociat celui clinic și evolutiv. Adaptarea flexibilă a criteriilor taxonomice la toate aspectele definitorii cunoscute ale unei boli sau ale unui sindrom a constituit obiectivul metodologic al ultimei clasificări oficiale (DSM III — 1980), care a insistat cu precădere asupra aspectului terminologic al limbajului diagnostic, nozologia clasică fiind implicit admisă aproape în totalitatea ei. Așa cum remarcă AKISKAL și M. KINNEY (1973), în ciuda progreselor făcute, categoriile principale ale unei clasificări standard se bazează și astăzi pe conceptele lui KRAEPELIN, BLEULER (tulburări mintale organice, afective, schizofrenie) și FREUD (nevrozele și tulburările de personalitate). Într-o clasificare modernă, definirea unui „fenomen al observațiilor efectuate în condiții bine determinate, comportînd o raportare a totalității experienței" (BOHR) se realizează doar printr-un diagnostic multiaxial. Sintetizind obiectivele unei clasificări a bolilor psihice, SPITZER și WILLIAMS (1980) enumeră următoarele principii:

- unificarea și standardizarea nomenclaturii în scopul sincronizării terminologice, astfel încît un concept morbid să însemne pentru oricine același lucru);
- stabilirea unei premise optime pentru fundamentarea științifică a tratamentului, a predicției răspunsului terapeutic, a consecințelor medicale și sociale ale bolii, a profilaxiei;
- explicarea etiopatogenică a bolii.

Primul din cele trei obiective este descriptiv, necesitînd argumentul unei descrieri clinice fidele și ușor „recognoscibile" centrată pe simptome cît mai caracteristice asupra cărora ar fi de dorit să se ajungă la un consens al tuturor practicienilor (situație rar întîlnită în psihiatrie). Al doilea obiectiv are caracter predictiv trebuind să facă posibilă anticiparea viitorului unui individ ce suferă de o anumită boală și se realizează prin studii catamnestice de lungă durată ce urmăresc evoluția naturală a bolii și a răspunsului la tratamente diferite. Ultimul obiectiv urmărește explicarea conceptului de boală conform informațiilor etiopatogenice cunoscute, a modelului ei familial, anomaliilor biologice detectabile etc.

Pentru a fi completă, o clasificare a bolilor psihice trebuie să cuprindă toate bolile și tulburările psihice cunoscute, astfel încît orice pacient examinat să poată fi încadrat într-una din categoriile clasificării (de aceea, DSM III cuprinde și „categorii reziduale" — stări care nu pot fi atribuite unei tulburări mintale, dar care necesită asistență psihiatrică sau tratament). „Fezabilitatea" ei presupune aplicabilitate atît în domeniul cercetării, cît și în oricare tip de asistență psihiatrică (clinică, ambulatorie, semiambulatorie).

În ultimii ani, noi abordări metodologice și-au găsit aplicare în clasificarea bolilor psihice, fiind însă departe de a-și fi dovedit pe deplin utilitatea. S-au elaborat astfel noi instrumente care pot fi folosite în stabilirea diagnosticului (intervlul structurat și semi-

structurat, seturile de criterii diagnostice), tipuri diagnostice derivate din matematică şi programe computerizate, studii epidemiologice, transnaţionale şi elaborarea clasificării multiaxiale.

Dintre studiile transnaţionale, al căror obiectiv a fost verificarea validităţii descriptive şi conceptuale a schizofreniei şi a bolii afective poate fi menţionat Proiectul de diagnostic Anglia-S.U.A., început în 1960, care a urmărit evaluarea posibilei discrepanţe conceptuale diagnostice pentru schizofrenie şi boala afectivă în cele două ţări (în S.U.A. s-a găsit un concept prea larg pentru schizofrenie, iar în Anglia unul prea îngust).

Studiul Pilot International OMS al Schizofreniei (IPSS, 1973) precum şi alte studii epidemiologice (studiul lui WEISSMAN şi MYERS) au demonstrat valoarea folosirii unor instrumente standardizate pentru verificarea validităţii obiective a metodelor clinice.

Clasificarea multiaxială, iniţiată de suedezii ESSENMOLLER şi WOHLFAHRT, 1947, urmăreşte îmbunătăţirea confidenţei diagnosticului în condiţiile unor concepţii etiologice divergente. Ea propune axe diagnostice diferite pentru simptomatologie şi etiologie, ceea ce permitea identificarea cazurilor cu aceeaşi etiologie (de exemplu, infecţiile) şi simptomatologii diferite (delirium, halucinoza, sindrom amnestic etc.) sau aceeaşi simptomatologie (de exemplu, delirium) şi etiologii diferite (intoxicaţii, infecţii, suferinţe vasculare cerebrale).

În condiţiile în care orice informaţie suplimentară, confirmată şi definitorie pentru descrierea bolii psihice, poate deveni punct de plecare pentru o nouă axă diagnostică, eficienţa unui sistem multiaxial rezidă însă în circumscrierea unei cît mai mari varietăţi de situaţii clinice cu cel mai mic număr posibil de axe, ceea ce pare să realizeze pînă în prezent doar DSM III.

Aşa cum observă HERMANN (1984), „doctrinele intervin şi evoluează", ceea ce împiedică orice clasificare să fie eternă. După opinia aceluiaşi autor, este mai judicios să se prevadă dacă o clasificare este suficient de flexibilă şi care sînt modalităţile ei de evoluţie.

Şi pentru că un sistem de clasificare a bolilor psihice trebuie să rămînă stabil o perioadă de timp, o ultimă definiţie — cu un caracter general şi deloc descurajator — se impune: „orice clasificare a bolilor psihice este un compromis".

385. **CLASTOMANIE** (cf. gr. *klaon* „a sfărîma, a rupe, a sparge" ; *mania* „nebunie") ● Conduită impulsivă, de distrugere a obiectelor situate în jurul subiectului. Survine paroxistic într-o serie de afecţiuni psihice (posibilitatea existenţei şi a unei forme permanente, sistematice, nu este dovedită). Se întîlneşte sub formă de accese — numite şi crize clastice — în: oligofrenie, demenţe, la personalităţi dizarmonice impulsive, în epilepsie, schizofrenie, manie, melancolia agitată. Poate fi şi expresia unor reacţii, la personalităţi dizarmonice demonstrative, actul oprindu-se, de obicei, după distrugerea unui singur obiect sau a unei serii de obiecte de acelaşi fel.

386. **CLAUDE-GOUGEROT(s)** *sindrom* ● Senilitate precoce primară, prin hipofuncţie marcată şi atrofiere a glandelor endocrine (ceea ce era circumscris prin vechiul „senilitas precox pluriglandularis"). Afectează ambele sexe şi se manifestă critic prin piele uscată, ridată (care dă aspectul de „cap mic"), căderea prematură a dinţilor, compromiterea funcţiei sexuale şi scăderea eficienţei somatice şi intelectuale (*„gîndirea nu este atît de deteriorată cît... nu se utilizează"*).

387. **CLAUDE** Henri-Charles (1869—1945) ● Psihiatru francez, unul dintre creatorii organo-dinamismului, care a reuşit să introducă

Henri-Charles Claude

în învăţămîntul medical stagiul de psihiatrie pentru studenţi. Este unul din creatorii serviciului ambulatoriu de psihiatrie, în care trebuiau îngrijiţi permanent bolnavii „care se aflau pasager în spitale". Înlăturînd canoanele lui CHARCOT, a cultivat o manieră dinamică de studiu, pe care l-a extins în domenii variate ale patologiei experimentale, biochimiei, endo-

crinologiei, neurologiei. Tot lui i se datorează introducerea termenului de „schizoze", care desemnează o alterare funcțională a asociațiilor cortico-talamo-striate. Grupa schizozelor a fost împărțită în trei diviziuni : schizoidia, schizomania, schizotimia.

Apropiindu-se de curentul psihanalitic, la care însă nu a aderat, el a abordat studiul bolilor mintale într-o manieră pishobiologistă, fiind inspirat de teoria lui HUGHLINGS JACKSON.

388. **CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ** — sin. VERTIJ AURICULAR → MÉNIÈRE(S) sindrom.

389. **CLAUDICAȚIE PSIHICĂ** (cf. lat. *claudicare* „a șchiopăta") ● Simptomatologie clinică complexă, care evidențiază deteriorarea mintală la debutul unor demențe. Memoria este afectată, conform legii lui Ribot (în special pentru evenimentele mai apropiate), iar amnezia numelor proprii este prima care se instalează. Atenția scade în fața unor obstacole mici, observîndu-se dificultăți de concentrare. Ideația este mai lentă, prezența unor teme asupra cărora subiectul perseverează apare constant. Capacitatea de construcție intelectuală și de abstractizare este diminuată, deși acest fapt poate fi mascat uneori de un vocabular deosebit de bogat. Experiența clinică trebuie să scoată în evidență aceste semne fără dificultate, testelor psihometrice rămînîndu-le sarcina de a evidenția dimensiunile acestei deteriorări.

390. **CLAUSTRARE** (cf. lat. *claustrum* „loc închis") ● Acțiune avînd la bază un mecanism psihopatologic de retragere, de izolare într-un loc închis, în scopul ruperii oricăror legături cu mediul exterior. Nu este vorba de izolarea deliberată, în vederea realizării unui climat propice creației artistice sau de cea a temerarului care, de unul singur, pe o plută, pe eternele ghețuri sau ascensionînd, legat de o coardă, muntele Everest, este animat de dorința învingerii unei imense singurătăți, de dorința unei performanțe unice, a unui record personal. Nu este vorba de rigorile, uneori extrem de dure, pe care și le autoimpun membrii unor grupuri sau secte religioase și care mențin un anumit tip de relații sociale. Caracterul antisocial pe care unii autori îl alătură claustrării nu ni se pare relevant, deoarece, de cele mai multe ori, bolnavul psihic recurge la acest comportament nu din dorința de a protesta, de a se opune normelor de conduită socială, ci mai curînd dintr-o necesitate de repliere în limitele propriei lumi pentru a se „apăra" contra agresivității „externe", care-l asaltează. Conduită socotită „de alarmă" pentru intrarea individului într-un episod de boală, claustrarea poate reprezenta pentru anturajul subiectului motivul solicitării unei intervenții terapeutice eficiente.

Prezentăm, după POROT, în mod diferențiat, mecanismele psihopatologice prin care claustrarea este întîlnită în clinica psihiatrică, în ordinea frecvenței :

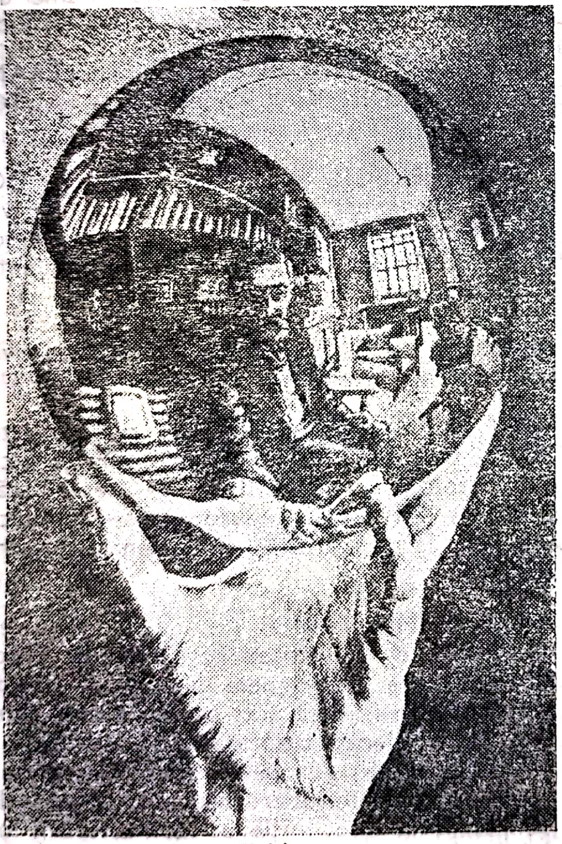
Tabel nr. XXXVII

Afecțiunea psihică	*Fondul clinic pe care se desfășoară*	*Alte aspecte clinice*
PERSONALITATE SCHIZOIDĂ decompensată SCHIZOFRENIE	● vîrsta adolescenței ; ● negativism verbal, alimentar ; ● ± sindrom catatonic.	● alte tulburări comportamentale ; ● ± sindrom paranoid ; ● ± sindrom obsesivofobic
EPISOD PSIHOTIC ACUT SINDROM CONFUZO-ONIRIC ● toxic (alcool, droguri) ; ● infecțios	● anxietate psihotică ; ● halucinații terifiante, imperative ; ● agitație psihomotorie.	● raptusuri explozive, suicidare ; ● auto/heteroagresivitate ; ● fugi impulsive.
PSIHOZE DELIRANTE CRONICE ● paranoia ; ● parafrenia	● delir de persecuție ; ● delir de interpretare ; ● delir de influență ; ● halucinații plurisenzoriale ; ● sindrom Kandinski-Clérambault	● alternanță cu delir de revendicare ; ● conduite de apărare, securizare ; ● alte acte medico-legale ; ● delir indus.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel nr. XXXVII (continuare)

Afecţiunea psihică	*Fondul clinic pe care se desfăşoară*	*Alte aspecte clinice*
NEVROZA OBSESIONALĂ/FOBICĂ gravă	● agorafobie ; ● misofobie ; ● nozofobie.	● măsuri de apărare ; ● dependenţă afectivă faţă de familie.
PSIHOZA DELIRANT-HIPOCONDRIACĂ	● clinomanie ; ● recurgere excesivă la medici şi medicament .	● aversiune şi respingere faţă de persoanele nereceptive la „suferinţele descrise".
PSIHOZA DEPRESIVĂ (MELANCOLIA)	● negativism verbal, alimentar etc. ; ● semne de afectare somatică.	● raptus suicidar
DEMENŢE SENILE avansate	● delir de prejudiciu, de otrăvire ; ● semne de decrepitudine fizică şi psihică.	● avariţie ; ● relaţii sociale anterior restrînse (vecini etc.).



Eshker

391. CLAUSTROFOBIE[F] (cf. lat. *claustrum*; gr. *phobos* „frică, spaimă") ● Teama care pune stăpînire pe subiect ori de cîte ori este obligat de a veni în contact cu spaţii mici, închise sau cînd consideră iminentă o asemenea situaţie ; este una dintre cele mai vechi fobii descrise, fiind cunoscută încă din antichitate. În prezent, se manifestă, de obicei, în ascensor, săli mici de spectacole, mijloace de transport în comun etc. Deşi caracterul ilogic al fricii este recunoscut de subiect, acesta poate prezenta şi determinări somatice ale fobiei, manifestate prin tulburări vegetative intense, senzaţia de sufocare şi strivire iminentă, produsă de pereţi, dacă este singur, sau de restul semenilor săi, dacă nu este singur.

Problema a atras şi pe psihanalişti, ale căror încercări de explicare a mecanismului claustrofobiei invocă sentimentul de culpabilitate faţă de masturbarea din copilărie, retrăirea fricii de a nu fi strivit de mamă în somn, avînd drept rezultat „o regresie pînă la angoasă, legată de traumatismele motorii". Tratamentul acestei fobii este foarte dificil, rezultatele fiind modeste, desigur nu din motive psihanalitice.

392. CLAUSTROMANIE (cf. lat. *claustrum*; gr. *mania* „nebunie") — sin. CLAUSTROFILIE ● Manifestare comportamentală patologică, constînd în recluziune şi refuz brutal de părăsire a domiciliului, în scopul sustragerii de la influenţele mediului sau în încercarea de creare a unui mediu propriu. Acest comportament, cu caracter net asocial, reflectînd o gravă dezadaptare, se întîlneşte frecvent la schizoizi şi schizofreni, la care tendinţa de izolare extremă conturează autismul, precum şi la deliranţii acuţi şi cronici, pentru care trebuinţa de autosecurizare şi autoprotecţie este maximă :

bolnavul se baricadează în casă, blindează ușa și ferestrele, refuză orice contact cu exteriorul. Această tendință morbidă mai poate apărea în nevrozele obsesive și fobice grave, în isterie, la anumiți hipocondriaci și personalități psihastenice, în anumite depresii melancolice, la care negativismul general, corelat cu claustrarea, favorizează ideile suicidare, și la unele persoane vîrstince, la care sentimentul morbid al avariției poate învinge instinctul de conservare: frica de a nu fi prădate (de obicei, de lucruri cu valoare de simbol și fără valoare materială, care nu pot tenta pe nimeni), le determină să nu părăsească domiciliul, ceea ce poate avea ca rezultat moartea prin inaniție.

393. **CLEBORIL**(M) Spania — DCI *Clebopride* ● Neuroleptic, derivat benzamidic de tip 4-amino-N-(1-benzil-4-piperidil)-5-clor-0-anisamidă, cu acțiune incisivă-moderată și unele valențe antidepresive ; toleranță bună.

394. **CLÉOFIL**(M) Franța — DCI *Difemetorex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-(difenilmetil)-1-piperidin-etanol, cu acțiune comună psihostimulentelor — valoare medie — fără valențe anorexigene, cu o bună toleranță ; practic, nu are contraindicații.

395. **CLEPTO-** (cf. gr. *kleptes* „hoț") ● Element de compunere cu referire la hoț, furt.

396. **CLEPTOFOBIE**(F) (cf. *clepto-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teamă excesivă, nejustificată, nu atît de a nu fura, cît de a nu lua, din greșeală sau din neatenție, un obiect care nu aparține subiectului. Apare în nevroza obsesivă, fobică, la personalitățile psihastenice.

397. **CLEPTOLAGNIE** (cf. *clepto-* ; gr. *lagneia* „relație sexuală") ● Mod patologic de obținere a satisfacției sexuale încadrat în categoria perversiunilor sexuale, constînd în asocierea dintre compulsiunea de a fura și excitația erotică.

398. **CLEPTOMANIE** (cf. *clepto-* ; gr. *mania* „nebunie") — sin. MATTHEY-MARC(B) boală ● Impulsiune de a fura un obiect străin, uneori lipsit de utilitate practică și aparent de valoare, subiectul neputîndu-și stăpîni această pornire obsedantă, patologică, deși duce o luptă generatoare de anxietate. Odată actul comis, tensiunea diminuează, dar apare sentimentul de rușine și culpabilitate al subiectului față de fapta sa, ceea ce poate determina returnarea obiectului.

Din perspectivă psihanalitică cleptomania apare ca investire libidinală a obiectului furat, originile sale aflîndu-se deci în perioada dezvoltării psihosexuale a copilului. Refuzul de a oferi copilului sînul dorit (ABRAHAM și ALEXANDER), privarea afectivă a copilului (ABRAHAM), complexul de castrare, ar determina investirea obiectului furat cu o valoare simbolică, cu semnificație erotică. După ADLER, la copil, ea reprezintă o modalitate de a-și extinde puterea, prin posesiune.

Cleptomania este mai frecvent întîlnită la femei (în special în perioade de remaniere fiziologică, cum ar fi nașterea, menopauza), și la copii. Poate fi o manifestare în cadrul structurilor dizarmonice ale personalității, al stărilor psihopatoide și stărilor deficitare, al depresiilor organice, schizofreniei, epilepsiei. Apare uneori în afecțiuni endocrinologice.

Diagnosticul diferențial este uneori greu de realizat, dar se impune, datorită necesității de a stabili consecutiv gradul de responsabilitate penală a subiectului. El se face cu furtul premeditat, cu colecționarismul din demențe și paralizia generală progresivă, cu însușirea involuntară de obiecte străine din stările secunde și confuzionale.

399. **CLÉRAMBAULT**(S) *sindrom*, **CLÉRAMBAULT-KANDINSKI**(S) *sindrom* → AUTOMATISM MINTAL(S) sindrom.

400. **CLEREGIL**(M) Elveția, Franța, — DCI *Deanol aceglumat* ● Psihostimulent, derivat dimetil aminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative, are acțiune proconvulsivă.

401. **CLIMACOFOBIE**(F) (cf. gr. *klimakter* „scară, treaptă" ; *phobos* „frică") ● Frică excesivă patologică, nejustificată, de trepte, scări și schele. Întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, anxioasă, la personalități psihastenice, în schizofrenie.

402. **CLIMACTERIU** (cf. gr. *klimakter* ; lat. *climacter* „perioadă critică") ● Proces lent, în care fenomenele biologice caracteristice se desfășoară într-o succesiune determinată: scăderea treptată pînă la dispariție a funcționalității gonadelor, involuția tractului genital și începutul regresiunii caracterelor sexuale secundare, inițierea restructurării modelului neuropsihic vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte. Reprezintă o etapă în ontogeneză, care își definește trăsăturile în funcție de capacitățile adaptative ale organismului. În această perioadă este expresia interacțiunii subiectului cu mediul biopsihosocial.

Școala românească de endocrinologie apreciază cimpul de variație la maximum zece ani: între 45—55 ani, la femei, și 50—60, la bărbați. Patologia climacteriului contrazice clasarea lui ca etapă ontogenetică, descriindu-l ca sindrom. Acesta se manifestă cind modificările din climacteriu capătă expresie clinică și este caracterizat printr-un complex de tulburări endocrine, vegetative, metabolice, neuropsihice și viscerale. Numeroase teorii, căutind să explice îmbătrînirea sistemelor biologice, au abordat în mod necesar fenomenele legate de climacteriu: „fenomenul Hayflik" (teoria lui HAYFLIK și MORHEAD), teoria acumulării de molecule complexe ce premerg fenomenul de „cross-linkage", teoria „ceasului biologic", teoria epuizării sistemului imun (BURNET), teoria centrală. Dintre acestea, teoria ceasului biologic are cea mai mare legătură cu climacteriul și constă în admiterea faptului că în organism există un sistem de periodizare, capabil să „deschidă" sau să „închidă" diferite seturi de gene, în funcție de faza ontogenetică în care se află individul. În acest mod s-ar codifica activitatea mecanismelor de autodistrugere sau ar fi dezactivate genele cu rol în decodificarea menținerii funcțiilor importante ale organismului. Ar fi vorba deci de un „ceas biologic", reglat de focare cu originea în nucleul suprachiasmatic al hipotalamusului. Este cunoscut rolul aminelor biogene ca neurotransmițători la nivelul hipotalamic, ca și reducerea activității sistemului dopaminergic odată cu înaintarea în vîrstă.

Periodizarea climacteriului ar fi deci controlată de sistemul neuroendocrin, care acționează ca un „ceas biologic".

403. **CLIMACTERIU FEMININ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MENOPAUZĂ.

404. **CLIMACTERIU MASCULIN** — sin. CLIMACTERIU VIRIL (MANDEL, MARCUSE) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANDROPAUZĂ.

405. **CLIMAT PSIHIC** (cf. gr. *klima* „înclinație") ● Impresie, dispoziție afectivă și atitudinală colectivă, cu caracter tranzitoriu sau permanent, care domnește într-un grup sau într-o organizație. Această ambianță psihologică (atmosfera sau climatul grupului) are o extrem de mare valoare în cadrul raportului pe care subiectul îl stabilește cu mediul său de trai. Astfel, relațiile individuale de la locul de muncă (școală, uzină, spital, colectiv de cercetare etc.), marcate de o condiționare pozitivă, constituie un factor de întărire a grupului, în acțiunile sale orientate spre scopurile propuse. Un climat negativ, în care membrii grupului au sentimente de frustrare, insecuritate, va diminua randamentul și eficiența activității întregului colectiv și al fiecărui individ în parte. Termenul a fost introdus în psihosociologie de K. LEWIN; D. PUGH (1963) analizează climatul psihic din trei puncte de vedere:

- structura și funcționarea organizației;
- compoziția și interacțiunile grupului;
- personalitatea și comportamentul individual.

Spre deosebire de grupurile mari, pentru care vorbim de climat psihic sau psihosocial, grupurile mici se caracterizează printr-un microclimat psihic; acesta are o importanță deosebită nu numai în reglarea relațiilor de grup, în situații în care anumite compatibilități profesionale sînt depășite sau există incompatibilități afective întîmplătoare, dar și în modul în care deciziile, stimulările acordate de conducere cultivă sau nu raporturi mutuale pozitive în rîndul membrilor grupului. Toți acești factori în dinamica lor, pot constitui, la un moment dat, o sursă de reacții normale din partea individului, dar pot genera și reacții patologice, nevroze sau decompensări de diferite intensități sau coloraturi, la personalități dizarmonice.

406. **CLIMATOTERAPIE** (cf. gr. *klima*; *therapeia* „grijă, îngrijire") ● Folosirea factorilor climatici — temperatură, umiditate, radiație solară, puritatea și gradul de ionizare a aerului, nivelul de precipitații — ca adjuvant în tratamentul unor afecțiuni psihice. Este o metodă recunoscută ca general valabilă, în clinica nevrozelor. Avea inițial rol de panaceu, „natura medicatrix" (HIPPOCRATE), fiind cunoscută așezarea în condiții de climă favorabilă a templelor medicinii antice. Climatoterapia îmbină o serie de subterapii naturale (helioterapia, aeroterapia, crenoterapia, peisajo-terapia), realizînd un ansamblu de condiții favorabile sedării și odihnei. De altfel, o serie de unități spitalicești sau sanatoriale își înscriu programatic, printre metodele terapeutice, climatoterapia (Pîrîul Rece — Brașov, Tulgheș — Harghita, Nifon — Buzău, Sinaia — Prahova, Păușești — Vîlcea, Mănăstirea Dealu — Dîmbovița etc.).

Fără a exagera, afirmînd că un climat sau altul este de preferat „în toate tipurile de boli psihice" (ANGHELUȚĂ și NICA-UDANGIU), se poate spune că folosirea rațională a acestor caracteristici ale climei contribuie la

ameliorarea mai rapidă a unui număr limitat de afecțiuni psihice (dintre care se exclud psihozele endogene, demențele, epilepsiile, alcoolismul, psihozele puerperale, oligofreniile etc.

melor sale ; a constituit o etapă necesară în dezvoltarea medicinii în general, precum și a psihiatriei. După scoaterea din lanțuri și temnițe, bolnavul psihic își capătă statut de bolnav, boala psihică necesitînd cunoașterea și delimi-

Foto : Alfred Ko

407. **CLIMAX SEXUAL** (cf. gr. *klimax* „scară") — sin. ACCENE → ORGASM.

408. **CLINAZINE(M)** Grecia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1 piperazinil) propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și acțiune sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice, antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN(M).

409. **CLINDORM(MC)** R.F.G. ● Produs terapeutic conținind două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- ACEPROMETHAZIN(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic.

Acțiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă.

410. **CLINICISM** (cf. gr. *kline* „pat") ● Metodă de urmărire permanentă în condiții de spitalizare, a bolnavului, a evoluției simpto-

tarea în entități, lucru care nu este posibil decît prin observația clinică atentă, minuțioasă și de lungă durată a bolnavului, aflat sub continuă supraveghere. Tot observația clinică atentă a permis și urmărirea eficacității terapeutice a anumitor droguri. Clinicismul apare astfel, la începuturile lui, ca observație clinică necesară și obligatorie. Prin astfel de observații clinice, PINEL reușește să-și formuleze conceptul său despre manie ; ESQUIROL, detașîndu-se de curentele speculative la modă în epoca sa și atașîndu-se metodei de observație clinică, a reușit să realizeze descrierea clinică a monomaniilor ; tot pe baza observației clinice, FALRET și BAILLARGER reușesc să contureze dinamica maniei și melancoliei, delimitînd cadrul psihozei circulare ; pe observarea faptelor clinice, MAGNAN își bazează descrierea studiilor sindroamelor delirante și a „dezechilibraților". KRAEPELIN socotit „părintele psihiatriei moderne", a delimitat și clasificat entitățile nosologice ale psihiatriei pe baza carcetărilor sale clinice. Contribuții importante la dezvoltarea psihiatriei românești, aduse pe baza observației clinice, se datorează lui AL. OBREGIA. Exagerarea acestei metode a condus însă la un conservatorism rigid,

Scanned with OKEN Scanner

dogmatic, cu atît mai mult cu cît ea a persistat și după ce s-a dezvoltat o multitudine de metode de urmărire a bolnavului psihic, în afara mediului spitalicesc, precum și după dezvoltarea psihometriei, a examenelor paraclinice, care pot contribui la formarea unei viziuni clinico-biologice mult mai complexe.

Clinicismul este din ce în ce mai redus în psihiatria actuală, fiind mult mai importantă observarea și tratarea bolnavului în mediul său socio-familial, izolarea și supravegherea spitalicească strictă fiind imperios necesară numai în anumite cazuri.

411. **CLINO-** (cf. lat. *clino* „înclinat" ; gr. *kline*) ● Element de compunere cu referire la înclinat, pat.

412. **CLINOFILIE** (cf. *clino-* ; gr. *philia* „atașament") ● Tendință de a sta în permanență culcat. Apare în afecțiuni organice, la bătrîni, denotînd, în general, un dezinteres sau o teamă de cotidian. În psihiatrie se descrie la personalități de tip psihastenic, în nevrozele cu manifestări hipocondriace, la isterici, unde are rolul de a trezi solicitudinea anturajului. Astenia matinală a nevroticului, cu tendință de a rămîne în pat, traduce, de obicei, frica de a face față dificultăților. Clinofilia poate exprima și dezinteresul pentru viață (abulia melancolicilor, apragmatismul schizofrenilor).

413. **CLINOMANIE** (cf. *clino-* ; gr. *mania* „nebunie") — sin. LECTUROMANIE ; MANIA CITITULUI ● Tendința și actul de a rămîne la pat, căutarea obsedantă a poziției culcat. În mod impropriu, dar oarecum justificat, manevra subiectului de a-și masca manifestările prin luarea unei cărți drept paravan, mai poate fi întîlnită în unele tratate clasice de psihiatrie sub numele de MANIA CITITULUI. În forma pură obsesională, clinomania este mai greu, dar nu imposibil, de întîlnit. Apariția ei este, de obicei, asociată sau premergătoare altei situații patologice. Atunci cînd apare în adolescență, trebuie luată în considerare, în primul rînd, tendința la izolare ; cînd apare la subiecți în vîrstă, poate marca începutul unei involuții patologice. O atenție deosebită trebuie acordată asocierii ei cu claustrarea, semnificația fiind majoră. Nu este rară în cazul hipocondriilor, isteriei, mitomaniei, dar nu trebuie să excludem suportul organic, care poate fi o cauză foarte justificată.

În fine, psihanaliștii au dat o altă explicație, interpretînd-o drept o regresie către comportamentul copilului în leagăn, o întoarcere la sînul și protecția maternă. Evident că nu în toate situațiile enumerate (în special, în cele organice) un astfel de mod de a privi problema este cel puțin hazardat.

414. **CLINOTERAPIE** (cf. *clino-* ; gr. *therapeuein* „a îngriji") ● Atitudine terapeutică depășită — cel puțin pentru psihiatrie —, păstrînd un interes istoric ; în accepțiunea psihiatrilor din secolul trecut, constă în repaus la pat și izolare, prin care, în cazul subiecților agitați și agresivi, se evită apariția unor noi surse de excitație. Desigur, mai poate prezenta interes pentru unele afecțiuni somatice, unde poate avea indicații obligatorii.

415. **CLITORIDIENE** — *crize* (cf. gr. *klein* „a închide") ● Excitații dureroase, persistente, ale clitorisului, apărute fără stimulare sexuală, asemănătoare priapismului masculin. Au fost descrise de CHARCOT, BOUCHARD (1866) și SERIEUX (1891) în cadrul simptomatic al nevrozelor isterice sau al tulburărilor perceptive din psihozele halucinatorii cronice. Aceste crize sînt traduse de paciente ca raporturi sexuale, posesia avînd loc împotriva dorinței. În Evul Mediu, aceste crize erau legate de posesiile demonice ale demonilor masculini (incubes) sau feminini (succubes) și generau atitudini mult mai puțin rafinate decît în prezent.

416. **CLITOROFOBIE**[F] (cf. gr. *kleion* ; *phobos* „frică") ● Termen ce denumește teama patologică, din gama claustrofobiilor, de a sta într-o încăpere cu ferestrele închise, „cu *aer viciat*". Apare în nevroza obsesivo-fobică, la personalitățile dizarmonice de tip psihastenic.

417. **CLITOROMANIE** (cf. gr. *kleion* ; *mania* „nebunie") ● Termen întîlnit cu două accepțiuni : pentru autorii francezi (MICHAUX) este sinonim cu CHIROMANIA feminină, în timp ce pentru autorii englezi (L. HINSIE) este sinonim cu NIMFOMANIA.

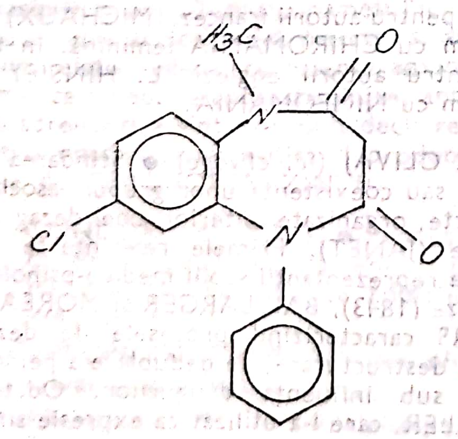
418. **CLIVAJ** (fr. *clivage*) ● Scindarea persoanei sau coexistența unor grupuri asociative distincte, organizate ulterior unei dezagregări psihice (JANET). Primele referințe se întîlnesc la reprezentanții școlii medico-psihologice franceze (1843), BAILLARGER și MOREAU de TOURS caracterizînd procesele de dezintegrare, destructurare, de dedublare a personalității, sub influența drogurilor. Odată cu BLEULER, care l-a utilizat ca expresie simptomatică majoră a schizofreniei, termenul se încetățenește în limbajul psihiatric, prin analogie cu cel de disociație.

Psihanalitic, noțiunea definește un mecanism primitiv de apărare împotriva angoasei (M. KLEIN), constînd în scindarea obiectului

primar în „bun" și „rău" (clivajul obiectului), iar consecutiv introjectării obiectului, în scindarea Eului în „bun și rău" (clivajul Eului). După M. KLEIN, mecanismul intră în joc în ceea ce ea numește poziția depresivă (angoasă rezultînd din pericolul fantasmatic de pierdere sau distrugere a mamei) și în poziția paranoid-schizoidă (angoasă de natură persecutivă). Termenul de poziție este preferat de M. KLEIN celui de stadiu. Pentru FREUD, noțiunea are mai mult o valoare descriptivă decît o valoare explicativă ; fenomenul de clivaj al Eului ar fi consecința conflictului nerezolvat — plăcere-realitate, Eu-plăcere, Eu-realitate — și constă în coexistența a două atitudini contrare, care pot persista alături : o atitudine care ține cont de realitate și o atitudine care nu neagă realitatea (fetișism) sau creează alta în loc (psihoze).

419. **CLOACAL** (cf. lat. *cloaca* „canal de scurgere" — orificiu/cavitate unică la unele specii animale, cu dublu rol, reprezentînd segmentul final al tubului digestiv și al aparatului sexual) ● Termenul, introdus în circuit de psihanaliști (FREUD „Trei eseuri asupra teoriei sexualității", în care menționa „Teoria cloacală care de fapt se verifică la atîtea animale este singura care se poate juxtapune copilului ca verosimilă"), nu are utilizare ; oricum, la nevoie nu trebuie apelat la el, noi dispunînd de explicația cu barza (la fel de savantă, ca și precedenta).

420. **CLOBAZAM**(DCI) ● Derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-



benzodiazepină-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei, dar cu o deosebit de bună toleranță ; efectele secundare pot fi considerate nule, ceea ce-i conferă o largă paletă de utilizare, neexistînd contraindicații. Nevrozele cu componentă anxioasă, cenestopată, psihosomatică, distoniile neurovegetative par a fi zona de utilizare cea mai propice. Prezintă avantajul de a putea fi folosit în condiții de ambulator ; nu modifică reflexele conducătorilor auto. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

CASTILIUM(M)	Portugalia
CLARMYL(M)	Spania
CLOPAX(M)	Spania
FRISIUM(M)	Anglia, Austria, Belgia, Grecia, Italia, Mexic, R.F.G.
NOIAFREN(M)	Spania
URBANIL(M)	Portugalia
URBANYL(M)	Franța

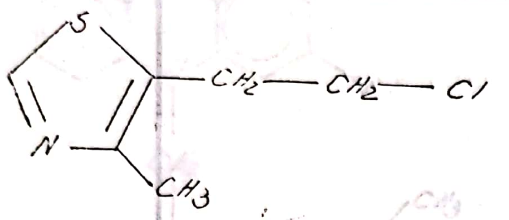
421. **CLOBENZOREX**(DCI) ● Derivat feniletilaminat, de tip (+)-N-(0-clorbenzil)-α-metilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și valențe anorexigene, recomandat pentru buna sa acțiune în combaterea unor efecte secundare, prezente în cura neuroleptică de lungă durată. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ASENLIX(M)	Mexic
DINITEL(M)	Franța
FINEDAL(M)	Spania
REXIGEN(M)	Franța

422. **„CLOCITOARE"**(S) *sindrom* ● Sindrom din medicina psihosomatică, prezent în timpul sarcinii la soții gravidelor. Studiile lui TRETHOWAN și CONLON, citați de HAYNAL, au confirmat, pe loturi statistice, existența de tulburări psihogene diverse, într-o proporție semnificativă (11%). Dintre acestea cităm : nevralgii dentare, grețuri, vomismente, depresii și echivalențe depresive, amigdalite, sub rezerva unor posibile coincidențe sau a altor factori, neluați în studiu de autori.

423. **CLOFEKTON**(M) Japonia — DCI *Clocapramină* ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă, reunind un segment identic al neurolepticelor sedative, specific derivaților butirofenonici (HALOPERIDOL), cu un segment al antidepresivelor timoleptice, specific derivaților dibenzazepinici (IMIPRAMINA), realizînd în final o structură de tip1'-/3-(3-clor-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină-5-il)propil/-/1,4'bipiperidină/4'-carboxamidă, cu acțiune timoleptic-sedativă moderată. Indicat în psihogenii și reacții cu componentă depresivă, sindroame depresive consecutive sevrajelor și în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibate și delirante, în asociere cu un neuroleptic sau antidepresiv, în funcție de tabloul clinic.

424. CLOMETHIAZOLE(DCI) ● Derivat esterificat al tiaminei (vitamina B_1), de tip 5-(2-cloretil)-4-metiltiazol, cu acțiune anxiolitică, sedativă, antidepresivă și anticonvulsivantă ; lipsit de efecte secundare, are o singură contraindi-



cație certă : intoxicație acută cu barbiturice. Indicat în alcoolism, delirium tremens, sevraj, nevroze, epilepsie (intercritic). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CLOMIAZIN(M)	Elveția
DISTRANEURIN(M)	R.F.G.
DISTRANEURINE(M)	Elveția
HEMINEVRIN(M)	Anglia, Danemarca, Finlanda, Iugoslavia, Suedia
HEMINEURIN(M)	Australia
HEMINEURINE(M)	Franța
HEMITHIAMIN(M)	U.R.S.S.

425. CLOMIAZIN(M) Elveția → CLOMETHIAZOLE(DCI).

426. CLOMIFENSIN(MC) R.F.G. ● Produs terapeutic conținind două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

● NOMIFENSIN(M) — timoleptic, derivat aminic metilat ;

● CLOBAZAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Acțiune antidepresiv-sedativă.

427. CLOMIPRAMINE(DCI) ● Derivat dibenzazepinic, de tip 3-clor-5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu structură chimică asemănătoare CLORPROMAZINEI, însă cu acțiune total diferită : antidepresiv timoleptic, anxiolitic, cu valențe în combaterea simptomatologiei hipocondriace. Indicațiile, efectele secundare și contraindicațiile sint cele ale IMIPRAMINEI, dar acțiunea este mai rapidă (4—6 zile), toxicitatea mai redusă și toleranța mai bună. După MOREL-MAROGER, efectele sale antidepresive ar fi cele mai apropiate de efectele terapiei convulsivante. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANAFRANIL(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Spania, Turcia
HYDIPHEN(M)	R.F.G.
MARONYL(M)	Israel

428. CLONAZEPAM(DCI) ● Derivat benzodiazepinic, de tip 5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, deschide o serie de tranchilizante cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și sedativă. Indicat în perioadele de sevraj al toxicomanilor, în epilepsie, petit mal, anxietate de intensitate nevrotică, cenestopatii. Efecte secundare minime ; o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

CLONEX(M)	Israel
CLONOPIN(M)	S.U.A.
IKTORIVIL(M)	Suedia
RIVOTRIL(M)	Anglia, Austria, Belgia Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, R.F.G., Spania, Turcia
LANDSEN(M)	Japonia
RAVOTRIL(M)	Chile
RIVORIL(M)	Iugoslavia

429. CLONEX(M) Israel
CLONOPIN(M) S.U.A. → CLONAZEPAM(DCI).

430. CLONUS (cf. gr. *klonos* „agitație") ● Apariția spontană sau provocată a unor trepidații ritmice, ca urmare a alungirii brusçe a unui tendon. Este intilnită în leziunile căii piramidale și are importanță pentru clinica psihiatrică în diagnosticul diferențial.

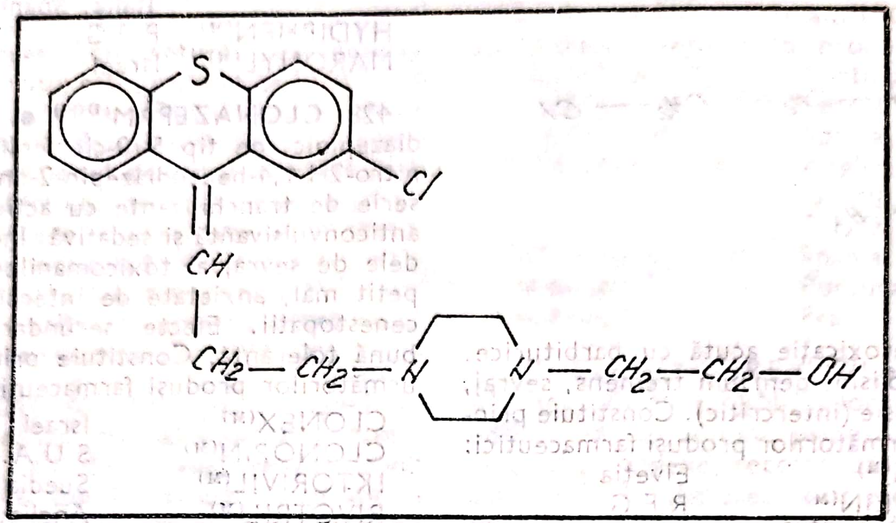
431. CLOPAX(M) Spania — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei ; indicat și în afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate. Poate fi folosită în tratamentul ambulator, neinfluențînd reflexele conducătorilor auto.

432. CLOPEMANIE (cf. gr. *klope* „furt" și *mania* „nebunie") → CLEPTOMANIE.

433. CLOPENTIXOL(DCI) ● Derivat tioxantenic, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-9-iliden)propil/-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4—5 ori CLORPROMAZINEI,

Scanned with OKEN Scanner

cu valențe antiemetice și spasmolitice ; acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectelor secundare de tip incisiv li se adaugă și hipotensiunea. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :



● STANDARD

CIATYL(M)	R.F.G.
CISORDINOL(M)	Olanda
CLOPIXOL(M)	Elveția
CLOPIXOL TABLETS(M)	Anglia
SORDENAC(M)	Austria
SORDINOL(M)	Iugoslavia
THIAPAX(M)	Israel

● DEPOT

CIATYL DEPOT(M)	R.F.G.
CISORDINOL DEPOT(M)	Suedia
CLOPIXOL(M)	Anglia
CLOPIXOL DEPOT(M)	Elveția
CLOPIXOL INJECTION(M)	Anglia
SORDINOL DEPOT(M)	Elveția
SORDINOL RETARD(M)	Austria

434. **CLOPIBEN**(M) Cehoslovacia — DCI *Clorotepină* ● Neuroleptic incisiv, derivat dibenzotipinic de tip 1-(8-clor-10,11-dihidrodibenzo/b,f/tiepin-10-il)-4-metilpiperazină.

435. **CLORACIN**(M) Spania — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetil-aminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

436. **CLORALISM** (de la clor ; cf. gr. *khloros* „verde") ● Intoxicație cu cloralhidrat. ANTHEAMME, CLÉRAMBAULT, POROT au descris cloralismul, devenit mai rar astăzi, cînd a fost înlocuit de barbiturism. Forma torpidă se manifestă prin bradipsihie, confuzie, iar forma agitată prin iritabilitate, anxietate, somnambulism, fiind descrise și cazuri de delirium tremens cloralic. Cloraloza poate induce și come cu prognostic în general bun, cu o fază inițială de somn, urmată de o fază de agitație psihomotorie, cu secuse musculare faciale și, în final, somn profund din care subiectul se trezește cu amnezie.

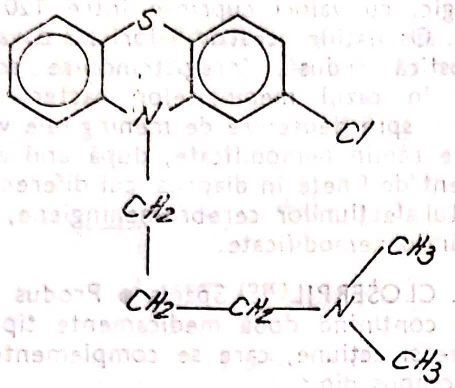
437. **CLORAZEPATO DIPOTASICO**(M) Argentina — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele sedativ-hipnotice mai modeste îi conferă o largă utilizare.

438. **CLORDELAZIN**(M) România — DCI *Chlorpromazină* ● Neuroleptic sedativ — de altfel primul neuroleptic introdus în terapie (1952, LABORIT, DELAY și DENIKER) — derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină), de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică, fără a induce în mod obligatoriu somnul. Indicat în combaterea stărilor de agitație psihomotorie, are și proprietăți antipsihotice ; este eficient în psihoze toxice (mai ales în cele alcoolice), reacții, decompensări ale personalităților dizarmonice și în psihogenii (în special, forme anxioase și obsesive). Prezintă efecte secundare de tip colinergic, tahicardie, dispnee, amenoree, hipotensiune, hipertermie, scăderea performanțelor sexuale, agranulocitoză, care însă pot fi combătute. De menționat timpul de acțiune, aspect de obicei neglijat. Contraindicat în depresie și intoxicația acută

Scanned with OKEN Scanner

alcoolică. Produşi farmaceutici similari sînt:

ACEMIN(M)	Japonia
AMPLIACTIL(M)	Argentina
AMPLICTIL(M)	Brazilia



ANADEP(M)	Noua Zeelandă
ANCHOLACTIL(M)	Grecia
ANTISTRESS(M)	S.U.A.
ASPERSINAL(M)	Argentina
BACNIN(M)	Japonia
BISCASIL(M)	Grecia
CHLEMAZIN(M)	Japonia
CHLORACTIL(M)	Anglia
CHLORAZIN(M)	Elveţia
CHLORPROMADOS(M)	R.F.G.
CHLOR-PROMANYL(M)	Canada
CHLORPROM-EZ-ETS(M)	Canada
CHLOR-PZ(M)	S.U.A.
CLORACIN(M)	Spania
CLOROPROMACIN(M)	Mexic
CLORPRAZIN(M)	Brazilia
CLORPROMAZIN(M)	Iugoslavia
CLORPROMAZINA(M)	Spania
CONTOMIN(M)	Japonia
CORMITON(M)	Japonia
CROMEDAZINE(M)	S.U.A.
DOIMAZIN(M)	Japonia
ELMARINE(M)	Canada
FENACTIL(M)	Polonia
HIBANIL(M)	Suedia
HIBERNAL(M)	Ungaria
HIBERNAL RETARD(M)	Suedia
HIBERNALETTA(M)	Ungaria
ISHITOMIN(M)	Japonia
KLORAZIN(M)	Finlanda
KLORAZINE(M)	S.U.A.
KLORPROMAN(M)	Finlanda
KLORPROMAN EMBONAT(M)	Finlanda
KLORPROMAZIN(M)	Danemarca
KLORPROMEX(M)	Suedia
KOMAZINE(M)	S.U.A.
LARGACTIL(M)	Anglia*
LARGAPROMACTIL(M)	Grecia
MEGAPHEN(M)	R.F.G.
NEO-MAZINE(M)	Egipt
NEVROPROMAZINE(M)	Grecia
NORCOZINE(M)	Japonia
ONAZINE(M)	Canada
OPROMAZIN(M)	Japonia
PANSEDIL(M)	Portugalia
PHENACTYL(M)	Polonia
PLEGOMAZIN(M)	Ungaria
PRAZIL(M)	Danemarca
PROCALM(M)	Australia
PROMACHEL(M)	S.U.A.
PROMACHLOR(M)	S.U.A.
PROMACID(M)	Australia
PROMAPAR(M)	S.U.A.
PROMAZINA(M)	Italia
PROMAZINE(M)	Coreea
PROMEXIN(M)	Japonia
PROMOSOL(M)	Canada
PROPAPHENIN(M)	R.D.G.
PROTRAN(M)	Australia
PROZIL(M)	Danemarca
PROZIN(M)	Italia
PSYCHOZINE(M)	S.U.A.
PSYLACTYL(M)	Finlanda
SAICOSTIN(M)	Japonia
SCIERACTIL(M)	Anglia
SEDATIL(M)	Finlanda
SEPAMIN(M)	Coreea
SERAZONE(M)	Australia
SOLIDON(M)	Grecia
SONAZINE(M)	S.U.A.
TAROCTYL(M)	Israel
TERPIUM(M)	S.U.A.
THORAZINE(M)	S.U.A.
TRANQUIL(M)	Franţa
WINTERMIN(M)	Japonia
ZULEDIN(M)	Grecia

439. **CLORIXIN(M)** Italia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acţiune sedativă centrală, antihistaminică şi anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN(M).

440. **CLORMEZANONE(DCI)** ● Derivat ciclormezazonă, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă-1,1-dioxid. Are o

---

* este produs şi în următoarele ţări: Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveţia, Franţa, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Turcia.

Scanned with OKEN Scanner

acțiune miorelaxantă principală și anxiolitică — secundară, fiind considerat primul miorelaxant, în adevăratul sens al cuvîntului. Indicațiile sale sînt reprezentate de nevrozele motorii, crampele musculare, torticolis, spasme. Nu are contraindicații. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

AGNOLET$^{(M)}$	Grecia
ALINAM$^{(M)}$	Franța
BANABIN$^{(M)}$	Italia
CHLOMEDINON$^{(M)}$	Japonia
CHLORMEZANON$^{(M)}$	Cehoslovacia
FENAROL$^{(M)}$	S.U.A.
IREMIDON$^{(M)}$	Grecia
LOBAK$^{(M)}$	Marea Britanie
LUMBAXOL$^{(M)}$	Spania
METSAPAL$^{(M)}$	Finlanda
MUSCOTAL$^{(M)}$	Finlanda
MUSKEL TRANCOPAL$^{(M)}$	R.F.G.
MYOLESPEN$^{(M)}$	Japonia
NEUROTON$^{(M)}$	R.D.G.
NEVROSTOP$^{(M)}$	Grecia
PSYPHOGEN$^{(M)}$	Grecia
RELIZON$^{(M)}$	Japonia
REXAN$^{(M)}$	Italia
RILAQUIL$^{(M)}$	Italia
SUPOTRAN$^{(M)}$	Franța
TANAFOL$^{(M)}$	Italia
TONOBRON$^{(M)}$	Grecia
TRANCOLAX$^{(M)}$	Coreea de Sud
TRANCOPAL$^{(M)}$	Austria*
TRANCOTE$^{(M)}$	Japonia
TRANRILAX$^{(M)}$	Italia
TRANSANATE$^{(M)}$	Japonia
TRILAX$^{(M)}$	Coreea de Sud

441. **CLORPRAZIN$^{(M)}$** Austria ; **CHLOROPROMACIN$^{(M)}$** Mexic ; **CLORPROMAZINA$^{(M)}$** Spania — DCI *Chlorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

442. **CLORURA DE METIL** — *intoxicație* ● Substanța ca atare are largă utilizare, atît în laborator, cît și în industrie (agregate frigorifice) ; fiind foarte volatilă, poate produce rapid intoxicații grave. Semnele intoxicației cronice sînt reprezentate de : astenie, cefalee, insomnii, cenestopatii diverse, anxietate difuză, la care se pot adăuga modificări neurovegetative, ușoară dizartrie și discromatopsie. Dozele mari pot fi letale.

443. **CLORURORAHIE** (cf. cloruri ; gr. *rachis* „șira spinării") ● În lichidul cefalorahidian, clorul și compușii săi sînt prezenți în mod fiziologic, cu valori cuprinse între 120—130 mEq/l. Oscilațiile acestor valori au o valoare diagnostică redusă, înregistrîndu-se scăderi numai în cazul meningitelor bacteriene și bacilare, spre deosebire de meningitele virale, în care rămîn nemodificate, după unii autori (element de finețe în diagnosticul diferențial) ; în restul afecțiunilor cerebromeningiene, valorile rămîn nemodificate.

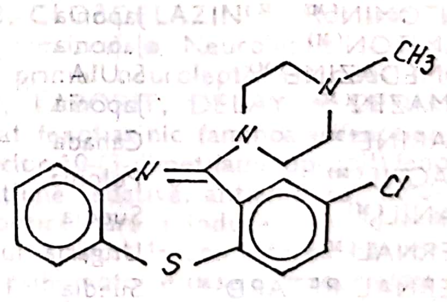
444. **CLOSERPIL$^{(MC)}$** Spania ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează ; este compus din :

● CLORPROMAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;

● RESERPINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat de Rauwolfia. Acțiune sedativ-anxiolitică.

445. **„CLOSING-IN"** (engl. *close in* „a închide, a îngrădi") ● Reprezintă un semn de apraxie constructivă, relevat de proba copierii unui desen sau a unei construcții după un model, constînd în imposibilitatea realizării acestora. Descris de MAYER-GROSS, ulterior de AJURIAGUERRA, este determinat de leziuni bilaterale, îndeosebi parietale, sau de leziuni unilaterale largi, în emisfera stîngă.

446. **CLOTIAPINE$^{(DCI)}$** ● Derivat benzodiazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)



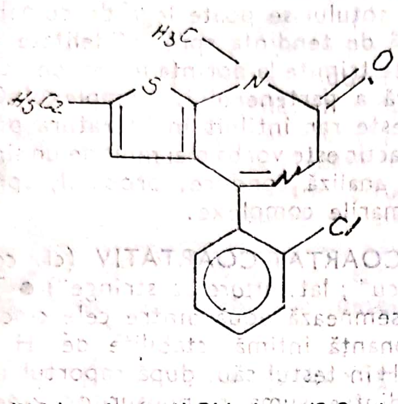
dibenzo/b,f//1,4/-tiazepină, cu dublă acțiune : inițial, anxiolitic-sedativă și, în continuare, antipsihotică. Efectele secundare sînt cele ale NL incisive, cărora li se adaugă și hipotensiunea. Nu se administrează în psihiatria organică și la vîrstnici. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

* este produs și în următoarele țări : Belgia, Canada, Suedia, Franța, Grecia, S.U.A.

Scanned with OKEN Scanner

DELITON(M)	Japonia
ENTUMIN(M)	Italia
ENTUMIN(E)(M)	Elveția
ETUMINA(M)	Spania
ETUMINE(M)	Franța
PSYCHOSON(M)	Grecia

447. **CLOTIAZEPAM**(DCI) ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-clorfenil)-7-



etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno/2,3-e/-1,4-diazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică principală și sedativă — secundară. Trebuie avut în vedere pericolul dependenței, precum și apariția sevrajului la întrerupere totală. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

DISTENSAN(M)	Spania
LIEZE(M)	Japonia
RIZE(M)	Japonia
TRECALMO(M)	R.F.G.

448. **CLOVNERISM** (engl. *clownery* „bufonerie") ● Tulburări motorii de tipul contorsiunilor și al mișcărilor ample, care caracterizează faza a doua (prima fiind perioada epileptoidă) a marii crize isterice Charcot.

Accident paroxistic de tipul crizelor excitomotorii, tabloul clinic, ce poartă numele marelui psihiatru de la Salpêtrière, cuprinde și această secvență, în care subiectul — de obicei, femeie — ia atitudini bizare, prin contorsionare (de altfel, circul cunoaște acest gen de reprezentație); cel mai frecvent in arc de cerc. Momentele următoare sînt marcate de mișcări ample de flexie și extensie a trunchiului, cu arcuire bruscă spre spate și emiterea unor sunete puternice. Sînt posibile mișcări și gesturi care sugerează „lupta contra unei ființe imaginare" (subiectul se lovește, se mușcă, își smulge părul din cap). Această fază este apoi urmată de perioada atitudinilor pasionale (mimarea unor scene violente sau erotice) și de perioada terminală (revenirea la starea rigidă). Tot clovnerism pot fi considerate unele manifestări din cadrul altor tulburări majore (psihotice) isterice : sindromul Ganser și sindromul poznelor (Faxensyndrom).

449. **CLOWN**(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PAIAȚĂ(S) sindrom.

450. **CLOXAN**(M) Finlanda — DCI *Clorprotixenă* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic, de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantenă-$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acțiune polivalentă : incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică și cu valențe antidepresive. Efecte secundare mai modeste decît a celorlalte tioxantene.

451. **CLOZAPINE**(DCI) ● Derivat dibenzodiazepinic, de tip 8-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)-5H-dibenzol/b,e/-/1,4/diazepină, cu acțiune neuroleptic sedativă marcată, cu efecte secundare modeste, de tipul celor produse de LEVOMEPROMAZINA ; nu are nici un fel de efect secundar neurologic. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

LAPENAX(M)	Elveția
LEPONEX(M)	Iugoslavia
LEPOTEX(M)	Anglia.

452. **CLUB SOCIOTERAPIC** ● În cadrul diferitelor tipuri de strategii specifice acțiunilor terapeutice sînt folosite grupurile de tratament (grupurile de activitate, terapeutice și psihoterapeutice, cluburile socioterapeutice), avînd finalitatea de a influența pozitiv starea de sănătate a anumitor categorii de bolnavi.

În aceste cazuri, grupul se impune atît ca obiect al tratamentului, cît și ca principal agent terapeutic. Strategiile terapeutice proprii clubului socioterapic cuprind, alături de virtuțile recuperatorii proprii terapiilor ocupaționale prin muncă, și pe cele realizate prin artă, jocuri distractive etc. Totuși, „grupurile terapeutice" cele mai răspîndite sînt cele a căror activitate esențială are caracterul muncii productive. Aceasta corelează, la rîndul ei, cu direcțiile de acțiune psiho-socio-terapeutice, mai ales dacă se are în vedere urmarea efectelor terapeutice restructurante în planul comportamentului uman : asimilarea unor modele soci-comportamentale în raport cu munca, a unor conduite sociale și a unor noi mentalități și atitudini, precum și a sentimentului psiho-social al participanților la viața colectivității umane, al posibilităților de autorealizare în activități sociale utile (T. SIVADON, S. POLLIN, S. TOURNAUD).

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a realiza un efect socio-terapeutic eficace, este important ca ansamblul acțiunilor profilactice și curative ale obiectului socioterapeutic să genereze și să cultive climatul psihosocial pozitiv. Aceasta înseamnă respectarea unor principii indispensabile oricărei socioterapii și anume : realizarea unui consens armonios și deplin cu autenticele valori sociale și umane ; permisivitatea (cerința unei înțelegeri mai elastice, mai solvante a bolnavului) ; democratismul (participarea pacienților cu anumite responsabilități de ordin administrativ și terapeutic) ; realismul (desfășurarea unor acțiuni firești, adaptate unui mod autentic de viață și activitate, apropiat de viața obișnuită, din afara instituției spitalicești).

În sfera cerințelor de bază ale clubului socioterapic se pot menționa și următoarele exigențe : necesitatea de a asigura un program activ, permanent, prin ocuparea integrală a timpului bolnavului ; activitățile socioterapice își amplifică eficacitatea dacă ele cuprind drept element integrativ sau dominant, ergoterapia și ansamblul formelor de terapie ocupațională ; utilizarea unui sistem armonios de acțiuni socioterapice, care să se caracterizeze prin : diversitate, variabilitate, stil creativ cu conținut și orientare similare sarcinilor de muncă și creație.

S-a constatat că acțiunile socioterapice care antrenează simultan diferitele elemente ale terapiilor ocupaționale (inclusiv cultterapia, meloterapia și, în genere, artterapia), amplifică efectele terapeutice ale acestor programe recuperatorii. Extinderea sferei de interrelație și interacțiune în grup, constituie un deziderat cu valoare de principiu al clubului socioterapic (și, în general, în socioterapie), menit să confere echilibrul, sentiment de independență și libertate de acțiune, capacitate de inițiativă. Acestea presupun drept cerință diminuarea ponderii legăturii univoce medic-pacient, a caracterului ei uneori autoritar, stimulînd și amplificînd preocuparea colectivă pentru progresul situației pacienților (îndeosebi pentru activizarea potențialului restant, element important al realității psihosociale a bolnavilor).

453. **CLYTEMNESTRA** — *complex* ● Clytemnestra, personaj al mitologiei și literaturii grecești, este fiica lui Tyndarus și a Ledei, sora Helenei, a lui Castor și a lui Pollux, soția lui Agamemnon, mama Iphigeniei, a Electrei și a lui Orestes. În Odiseea, Clytemnestra apare ca o femeie onestă, care rezistă mult timp „avansurilor" lui Egistus, în timp ce Agamemnon era plecat la asediul Troiei. În cele din urmă, Clytemnestra îi cedează lui Egisthus și, împreună cu acesta își ucide soțul. Tot Clytemnestra o ucide pe Casandra, amanta pe care Agamemnon o adusese din Troia. Peste șapte ani, Orestes își răzbună tatăl, ugicindu-l pe Egistus și pe Clytemnestra.

Termen psihanalitic, complexul Clytemnestra desemnează acel complex ale cărui manifestări se centrează pe fantasma sau dorința patologică (mai mult sau mai puțin inconștientă) a soției de a-și ucide soțul, în cazul în care urmărește o relație erotică cu un alt partener. Fantasma uciderii soțului se poate lega de culpabilitatea generată de tendința spre infidelitate a soției sau poate trimite la dorința femeii de posesiune exclusivă a partenerului. Complexul Clytemnestra este rar întîlnit în literatura psihanalitică ; practic este vorba mai mult de un simptom, a cărui analiză conduce, probabil, spre unul dintre marile complexe.

454. **COARTAT/COARTATIV** (cf. co- „împreună cu" ; lat. *artare* „a strînge") ● Termen care desemnează două dintre cele cinci tipuri de rezonanță intimă, stabilite de H. RORSCHACH în testul său, după raportul (și diferența) dintre suma răspunsurilor kinestezice și suma răspunsurilor — culoare. Tipul coartat : $K/C = 0/0$. Tipul coartativ : $K/C=1/1$. Ambele tipuri aparțin subiecților caracterizați esențial printr-o refractare globală a personalității, cu retragerea intereselor vitale, a investițiilor psihice, în plan cognitiv, motivațional, afectiv și relațional. Coartatul și coartativul apar, ca tipuri de rezonanță intimă, în următoarele cazuri : la subiecți care prezintă mecanisme de refulare foarte puternice ; la subiecți care se supun probei în mod forțat, păstrînd o atitudine accentuată de rejecție (poate fi expresia transferului negativ la examinator sau o modalitate defensivă, parțial conștientă) ; la copii sau la bătrîni ; la psihotici, în special în stadiile defectuale avansate ; în sindroamele psihoorganice ; în sindroamele depresive. H. RORSCHACH și rorschachienii consideră tipul de rezonanță intimă ca fiind stabil pentru un individ dat. El poate fi modificat situațional, datorită unor factori de moment (oboseală, șoc afectiv), dar modificarea nu este esențială pentru adultul normal. Evoluția tipului de rezonanță urmează evoluția personalității ; copilul este extratensiv sau coartat ; la pubertate și la bătrînețe se întîlnesc tipurile coartative ; la adolescenți predomină tipul intratensiv (sau introversiv). Tipurile de rezonanță intimă ale lui RORSCHACH nu reprezintă esențial modalități de conduită, și modalități de a resimți (deci ele se referă, în primul rînd și în mod direct, la stilul afectiv al persoanei, și abia în al doilea rînd,

Scanned with OKEN Scanner

indirect, la stilul comportamental). Coartatul și coartativul caracterizează personalitatea rigidă sau blocată, săracă sau epuizată, o personalitate care a suferit modificări în ceea ce privește sursa afectivă proprie, ale cărei legături cu sursa emoțională au fost rupte sau blocate, sau a cărei sursă emoțională este, prin ea însăși, deosebit de redusă.

455. **COBAI SOCIAL** (fr. *cobaye* „mamifer rozător"; rozător din familia Cavidae originar din Brazilia, utilizat în medicina experimentală) ● Termen pe care îl propunem pentru a desemna inducerea unui subiect într-o situație dificilă, în scopul de a testa o reacție a unui grup sau a unei persoane, în împrejurări ce pot fi periculoase indusului, dar fără urmări pentru inductor. Situația este întîlnită în cazul personalităților slabe, dar avide de putere, care nu îndrăznesc să-și asume nici un risc, dar se folosesc de întreaga lor forță de persuasiune, pentru a-i determina pe alții să o facă.

456. **COCAINĂ/COCAINOMANIE** (de la coca „arbust de coca", împrumutat în sp. din limba unor indigeni din Argentina) ● Frunzele arbustului de coca sînt cunoscute și consumate, de peste 3 000 de ani, de către locuitorii unor zone întinse din America de Sud. Mestecarea lor duce la îndepărtarea senzației de oboseală, foame, sete și durere, realizînd o stare de euforie. Alcaloidul conținut de frunze (erythroxylon coca) a fost izolat de RIZZI și, ulterior, sintetizat de MIEMAN (1860). Introducerea sa în terapie, ca anestezic local, o datorăm lui RECLUS (1857). Industria farmaceutică îl preia rapid, producînd o gamă largă de produse, dar și țigarete cu adaus de cocaină (Compania Parke-Davis, Detroit).

Firmele farmaceutice au fost urmate, în folosirea cocainei, de cele comerciale. În a doua jumătate a secolului trecut și în prima jumătate a secolului nostru, era în mare vogă vinul Mariani, băutură tonifiantă conținind cocaină, printre ai cărei consumatori se numărau Sarah Bernhardt, arhitectul Frederich Auguste Bartholdi (constructorul statuii Libertății), Jules Verne, Emile Zola, papii Leon al XIII-lea și Pius al X-lea (I. SUCEAVA și P. OLARU — 1986).

Considerată a fi apanajul „lumii bune", al intelectualității, utilizarea cocainei cuprinde și clasele mijlocii, detronînd pentru un timp morfinomania (dar, ca orice „șuveran-tiran", cocaina va fi și ea, la rîndul ei, detronată de heroină). La această largă răspîndire contribuie în bună măsură, comercializarea uneia dintre cele mai răspîndite băuturi răcoritoare: coca-cola, în care „întreprinzătorul producător" introducea cocaină pură (pînă în 1903, cînd este interzisă folosirea cocainei). Dar nu numai comercianții i-au făcut o reclamă deosebită: lumea medicală a fost și ea cucerită de calitățile anestezice, euforizante ale cocainei, folosind-o în mod abuziv. La un moment dat cocaina era utilizată în sevrajul morfinomaniei — nerealizîndu-se decît înlocuirea unei toxicomanii printr-o alta, la fel de tiranică (FREUD a încercat vindecarea unui caz *„de morfinomanie prin înlocuirea ei cu cocaină, obținînd aceleași rezultate"*).

După prohibirea ei, traficul clandestin a cunoscut o înflorire deosebită, în ciuda prețului ridicat de desfacere pe piață*. Cocaina este considerată (ziarul „Time") drept „caviarul pieței drogurilor", „șampania drogurilor", „stupefiant de elită" (Le point"), drogul predilect al celor bogați.

Prima descriere a intoxicației acute cu cocaină a făcut-o, în 1909, G. de CLÉRAMBAULT. Intoxicația acută parcurge trei faze:

- *faza euforică*: subiectul este dominat de stare de cenestezie excepțională, caracterizată prin lipsa oricărei senzații de oboseală sau durere, prin bună dispoziție, dispariția oricărei griji, lipsa nevoii de somn. Fluxul ideativ se accelerează, apare logoreea, dar și tulburări vizuale (midriază, neclaritatea vederii), tulburări circulatorii și respiratorii. Deși la prima vedere, în condițiile arătate, *„par a nu exista pericole"*, în realitate, în cazul supradozării, poate surveni decesul prin comă hipertermică;
- *faza confuzională*: conduce la treptata desprindere a subiectului de realitate și la retragerea într-o lume a halucinațiilor (vizuale, auditive, tactile), de aspect/cu conținut în genere plăcut: „praf de aur, miliarde de stele, ploaie de insecte mici", etc., pe care ulterior subiectul regretă că a părăsit-o;
- *faza de torpoare* se manifestă printr-o stare de epuizare puternică, de apatie, somnolență și somn, așa-numita satisfacție hedonică hipnagogică. Încheierea ei duce la instalarea unei stări de disconfort, care poate fi înlăturată cu o nouă doză.

---

* Date furnizate de O.N.U. demonstrează extinderea culturilor *„în primul rînd datorită rentabilității"* (1 ha de cultură produce 1 000 kg frunze, din care se extrag 2 kg bază de cocaină, prin a cărei comercializare ilicită se obține un profit de 1 milion dolari).

Ca pentru orice drog, intoxicația cronică parcurge inevitabila gradualitate a obișnuinței, creșterea dozelor, necesitatea imperioasă de drog conducînd la deteriorarea fizică și psihică. În funcție de cantitatea de drog consumată, cocainomanii sînt : „micii" cocainomani care prizează aproximativ 1 g/zi ; cocainomanii „mijlocii" care prizează 1—3 g/zi și „marii" cocainomani, care folosesc mai mult de 10 g drog zilnic.

Rapid, în maximum 2 ani, se instalează semnele fizice și psihice ale deteriorării : o scădere în greutate, scăderea rezistenței generale a organismului, tulburări de percepție (iluzii, halucinații vizuale, auditive și tactile caracteristice) degradare morală, perversiuni sexuale, modificări comportamentale.

Tratamentul cocainomaniei impune cura de sevraj, care din cauza rarității accidentelor grave de tip cardiocirculator, se poate face brusc. Greutatea este de a-l menține pe cocainoman într-un mediu izolat, cel puțin un an, împiedicîndu-l să vină în contact cu drogul. Rezultatele sînt însă departe de a fi încurajatoare. Apar frecvent recăderi, și, cum istoria pare a se repeta, așa cum cocaina a luat locul morfinei, *„toxicomanul vindecat"* va înlocui cocaina cu heroina.

457. **CO-CAPS IMIPRAMINE**(M) Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă ; este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum 3 luni, în psihoze, 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

458. **COCCIGODINIE** (cf. gr. *kokkyx* „coccis" ; *dine* „vîrtej") — sin. COCCIDINIE ● Algie cu caracter rebel și penibil, localizată în regiunea coccigiană, prezentă aproape exclusiv la femei și interpretată deseori drept cenestopatie. Are drept cauză curentă deplasările coccisului produse de nașteri.

459. **COCKAINE**(S) *sindrom* — sin. COCKAINE(S) boală ● Oligofrenie cu transmisie autosomal-recesivă, asociată cu multiple alte handicapuri : microsomie, hipotricoză, fotosensibilitate, diminuarea țesutului adipos subcutanat, subțierea tegumentelor, hipoacuzie, defecte craniofaciale (facies cu cicatrice de aspectul „ciupiturii de vărsat", exoftalmie, nas ascuțit, prognatism, retinopatie degenerativă) și scheletale (membre lungi, arcuite). A fost descris în 1936. Prognosticul este nefavorabil.

460. **CO-CONȘTIENT** (cf. *co-* „împreună cu" ; lat. *conscire* „a ști bine") ● În concepția lui M. PRINCE, termen avînd scopul să desemneze sistemele alterne de gîndire și acțiune, care pot apărea involuntar înscrierea automată sau pot fi consecutive și complementare, înlocuindu-se unele pe altele, la personalitățile alterne.

461. **COD** (cf. lat. *codex* „carte, registru, tăbliță de scris") ● Este un ansamblu sistematizat și unitar de semne, semnale și simboluri, împreună cu regulile lor corecte de întrebuințare. În matematică codul binar întrebuințează drept simboluri șiruri de cifre 0 și 1, corespunzătoare stărilor fizice de contact deschis sau închis, de lampă stinsă sau aprinsă etc. Codul complementar și codul direct sînt întrebuințate la mașinile de calcul pentru reprezentarea numerelor subunitare scrise sub formă binară. În teoria informației, codul reprezintă modul de scriere, transcriere sau de memorizare a unui mesaj. În genetică, el se referă la corespondența care există în timpul procesului de translație între grupele de baze azotate din ARN-mesager și aminoacizii incluși în proteinele sintetizate (adenină, citozină, guanină, uracil). Codul genetic are următoarele caracteristici : este tripletic (adică sînt necesari trei nucleotizi pentru a codifica un singur aminoacid) ; este de tipul „fără acoperire" (non-overlapping), în care codonii adiacenți (secvența a trei nucleotizi), nu au nucleotizi în comun ; este de tipul „fără virgule" (în care codonii sînt adiacenți, fără a exista nucleotizi necodificatori, cu rol de separare a codonilor) ; este puternic degenerat (majoritatea aminoacizilor sînt codificați de mai mulți codoni).

462. **CODABILITATE** (cf. lat. *codex* ; *habilitas* „aptitudine, facultate") ● Termen introdus de R. W. BROWN și E. H. LENNEBERG, pentru a exprima diferența între accesibilitatea diferită a noțiunilor. Aceeași categorie de obiecte sau fenomene (desemnat) poate fi codificată diferit, în limbi diferite, asociindu-se mai multe cuvinte (desemnant) ale căror sfere semantice nu sînt identice. O denumire este

expeditivă dacă este alcătuită dintr-un singur cuvînt. Astfel, în limba română nu există o denumire expeditivă pentru culoarea „roz sidefiu", ci ea este definită printr-o combinaţie de cuvinte, fiecare în parte însemnînd altceva. De asemenea, în limba română există o singură denumire expeditivă pentru zăpadă, în timp ce la eschimoşi se cunoaşte o multitudine de denumiri expeditive pentru zăpadă, definind diferite „calităţi" de zăpadă, datorită diferenţelor privind experienţa de viaţă. Cei doi autori citaţi au demonstrat experimental că este mai uşor să-ţi aminteşti de un obiect (în orice limbă) şi implicit să-l recunoşti, dacă există o denumire expeditivă pentru aceasta, noţiunea fiind cu atît mai accesibilă cu cît ţi-o aminteşti mai uşor.

Scăderea atenţiei şi memoriei de evocare din sindromul neurastenic este însoţită şi de o diminuare a accesibilităţii noţiunilor. În sindroamele confuzionale are loc o abolire tranzitorie a accesibilităţii pentru majoritatea noţiunilor, rezultatul fiind scăderea pronunţată a capacităţii de recunoaştere a realităţii obiective. În sindroamele deteriorative, accesibilitatea dispare treptat pentru diferite noţiuni, începînd cu cele mai abstracte.

463. **CODELIRANT** (cf. co- „împreună cu" ş lat. *delirare*) ● Persoană care participă la un delir colectiv sau la un delir în doi. Termenul îi aparţine lui G. de CLÉRAMBAULT.

464. **CODET Henri** (1889—1939) ● Ilustru psihiatru francez, cu o formaţie culturală multilaterală (pasionat de filozofie). Se formează ca psihiatru sub influenţa operei lui P. JANET şi sub îndrumarea lui MAILLARD (la Bicêtre), a lui SÉGLAS şi SOUQUES (la Salpêtriére). Prima sa lucrare, publicată în 1921, se referă la colecţionarism („Colecţionarismul normal şi cel patologic") şi este urmată, la un interval de 4 ani, de „Précis de Psychiatrie". În perioada publicării acestor lucrări a fondat grupul „Evoluţia psihiatrică". Domeniile spre care a fost atras în mod deosebit sînt tulburările afectivităţii şi isteria. El foloseşte termenul de schizofrenie într-o accepţiune diferită de cea curentă în epocă, lansată de PICHOT, înţelegînd prin aceasta discordanţa existentă între o evoluţie, excelentă a intelectului şi o afectivitate conservatoare, caracterizată prin reactivitate de tip infantil. Despre isterie el afirmă că aceasta nu este altceva decît un mod de manifestare a revendicării afective a individului incapabil de adaptare.

465. **CODIFICARE** (fr. *codifier*) ● Transmitere a informaţiei într-un anumit limbaj-aparţinînd unui cod. Operaţia inversă este decodificarea. În biologie, a fost studiat procesul de codificare a stimulului la nivelul receptorilor (mecanoreceptori, termoreceptori etc.), care au structuri specializate, răspunzînd diferenţiat, în funcţie de intensitate, desfăşurarea temporală şi distribuţia spaţială a acestuia. Afectarea procesului de codificare poate avea loc în afecţiunile neurologice soldate cu tulburări de comunicare la nivelul limbajului natural (centrul vorbirii, al scrisului), dar şi în boli psihice, ca schizofrenia, care alterează semnificaţia componentelor lexicului şi regulile gramaticale (neologismele, paragramatismul etc.). Aceste aspecte sînt observabile la prima vedere, dar în toate afecţiunile psihice în care este interesată în mod predominant gîndirea, există în mod cert şi modificări ale sistemulu. de codificare propriu fiecărei fiinţe umane.

466. **COEFICIENT INTELECTUAL** (fr. *coefficient*) ● Unitate de măsură folosită de psihologi pentru evaluarea nivelului intelectual al unei persoane. Noţiunea este introdusă de W. STERN, în 1912, şi este definită drept raportul dintre vîrsta mintală a unui individ (determinată prin numărul probelor reuşite la nivelul său de vîrstă) şi vîrsta sa cronologică. Coeficientul intelectual a fost introdus cu scopul de a înlătura unele neajunsuri pe care le implică noţiunea de vîrstă mintală. El ne indică locul în care se plasează un individ, atunci cînd este comparat cu alţi indivizi de aceeaşi vîrstă, în privinţa inteligenţei. Coeficientul intelectual a fost considerat iniţial ca fiind fix şi imuabil. Cercetările ulterioare au stabilit însă că el este determinat şi de condiţiile socio-culturale, de nivelul educaţional, de nivelul dezvoltării întregului organism. Utilizarea coeficientului intelectual ca măsură a inteligenţei este atît de largă, încît acesta este confundat cu însăşi inteligenţa. ANASTASI (1976) atrage atenţia asupra faptului că semnificaţia coeficientului intelectual variază în funcţie de testul aplicat, el fiind expresia capacităţii de a rezolva sarcini foarte diferite. Coeficientul intelectual nu are o valoare explicativă, el neputînd să justifice cauzele şi motivele realizării sau nerealizării performanţelor la teste. De aceea, transferarea semnificaţiei unui coeficient intelectual în viaţa de toate zilele trebuie făcută cu prudenţă, luîndu-se în considerare şi alte aspecte ale personalităţii. În clinică, utilizarea coeficientului intelectual este legată, mai ales, de depistarea deficienţilor mintali.

467. **COENOTIMIE** (cf. gr. *koinos* „comun"; *thymos* „spirit") ● Termen introdus de GUIRAUD, pentru a desemna timia fundamentală şi globală, ale cărei variaţii sînt în funcţie de întregul organism şi, în acelaşi timp, de modificările exterioare.

468. **COENZIME** — *sistem nervos central (SNC)* ● Componente structurale neproteice ale enzimelor de natură heteroproteică, aceste substanţe au rolul de a desăvîrşi reacţiile chimice catalizate de enzime. Din punct de vedere chimic, coenzimele provin din vitamine hidrosolubile (B_1, B_2, PP, B_6, acid pantotenic, biotină, acid folic, B_{12}, C etc.). O altă categorie este reprezentată de coenzimele metalice (Cu, Zn, Mn, Fe, Mg, Co, Ca). Un loc deosebit de important în activitatea SNC îl au coenzimele ce provin din vitamine hidrosolubile, în mod particular cele provenite din tiamină, acid nicotinic, vitaminele B_6 şi B_{12}, acid pantotenic şi riboflavină. Astfel, metabolismul acidului glutamic, principal reglator al proceselor metabolice cerebrale, presupune intervenţia vitaminei B_6, cu rol de coenzimă. Sinteza de acid gama-aminobutiric (GABA) -neuromediator cu rol inhibitor în sistemul nervos central — necesită decarboxilarea piridoxol-dependentă a acidului glutamic. Coenzima A este implicată în sinteza acetilcolinei, un alt neuromediator chimic al SNC. Ionii de Mg^{2+}, Fe^{24}, acid ascorbic, NADP şi NAD sînt coenzime implicate în sinteza catecolaminelor, iar Ca^{2+} şi F^{3+} sînt coenzime ale monoaminooxidazei.

469. **COFFADYN**(MC) Elveţia ● Produs terapeutic, reunind două medicamente tipizate cu acţiune diferită, care se complementează. Este compus din:

- DEXAMFETAMINA(M) — psihostimulent, derivat feniletilaminat;
- COFEINA(M) — stimulent psihomotor. Acţiune psihostimulentă.

470. **COGITO** (cf. lat. *cogito* „gîndesc, cuget") ● Evidenţa de sine a gîndirii, ca activitate a subiectului, certitudinea Eului ca entitate înzestrată cu facultatea cugetării. Utilizat de scolastici, termenul este consacrat de filozofia lui DESCARTES, care îi atribuie sensul de intuiţie intelectuală evidentă, prin care subiectul devine conştient de esenţa sa ca entitate raţională, temei al certitudinii judecăţilor referitoare la realitatea obiectivă.

În fenomenologie, cogito semnifică gîndirea pură, ce nu se raportează decît la corelatul său intenţional — cogitatum.

471. **COGNITIV** (fr. *cognitif*; cf. lat. *cognitus* „cunoscut") ● Ceea ce ţine de procesul cunoaşterii, referitor la cunoaştere.

472. **COGNITIVE** — *procese psihice* ● Procesele psihice care realizează funcţia de cunoaştere prin diferenţiere, identificare, clasificare, abstractizare, generalizare, interpretare, explicare, luare de decizii, prevedere etc. Această funcţie este structurată multimodal şi pe mai multe nivele reprezentînd sistemul cu organizarea cea mai complexă din structura psihicului uman. Structurarea proceselor cognitive este puternic influenţată de factorul social prin asimilarea în procesul educativ a sistemelor de cunoştinţe, criteriilor, principiilor şi procedeelor intelectuale elaborate social-istoric, observîndu-se o corelaţie destul de strînsă între nivelul de instruire şi nivelul de structurare a acestor procese.

Există o conexiune funcţională şi o interdependenţă strînsă între diferitele procese cognitive, ca şi între funcţia cognitivă şi celelalte *funcţii* ale psihicului: afectivitate, comportament, instincte.

Procesele cognitive se diferenţiază în funcţie de complexitatea şi funcţia pe care o îndeplinesc în senzaţie, percepţie, gîndire, inteligenţă, memorie, limbaj, atenţie. Afectarea unei singure verigi determină perturbarea întregului proces de cunoaştere. Cu cît procesul cognitiv este mai complex, cu atît rolul său integrator este mai mare, astfel încît afectarea sa determină o tulburare mai puternică a funcţiei cognitive. De aceea cunoaşterea este afectată mai grav prin perturbarea raţionamentelor în cadrul unui sindrom delirant sau deteriorativ decît *prin perturbarea senzaţiilor* în urma leziunii grave la nivelul unui analizator.

473. **COGNITIVĂ** — *psihologie* ● Disciplină psihologică care se ocupă cu studiul proceselor cognitive în vederea înţelegerii şi predicţiei comportamentului. Deşi, din punct de vedere istoric, originile psihologiei cognitive pot fi urmărite pînă la Wilhelm WUNDT, cercetările asupra proceselor mintale şi influenţei lor asupra comportamentului au luat o amploare în a doua parte a secolului nostru, odată cu apariţia lucrărilor lui PIAGET, NEWELL, MILLER, GALANTEV şi PRIBRAM. La dezvoltarea ei au contribuit, de asemenea, unele curente psihologice ca behaviorismul, psihanaliza şi psihologia gestaltului, aceasta din urmă fiind considerată de unii autori ca o sursă directă a „revoluţiei cognitive în psihologie". Psihologia cognitivă are un caracter experimental şi încearcă să fie explicativă

Scanned with OKEN Scanner

oferind noi modalităţi de abordare a unor concepte tradiţionale ale psihologiei. Astfel, ea furnizează date asupra modului în care oamenii percep, învaţă sau raţionează, cercetează influenţa proceselor mintale asupra explicării comportamentului propriu sau al altora etc. Ca instrumente de cercetare, psihologia cognitivă se foloseşte de analiza sistemului de prelucrare a informaţiilor, analiza structurilor cognitive şi analiza strategiilor utilizate de subiect în rezolvarea problemelor (MAYER, 1981).

474. **COGNITIVĂ — terapie** ● Grup de metode psihoterapeutice, care acordă elementelor şi proceselor de gîndire un rol determinant în etiologia şi tratamentul tulburărilor psihice. Explicarea comportamentului uman prin dinamica unor impulsuri şi motivaţii de natură inconştientă, susţinută şi dezvoltată de FREUD, precum şi utilizarea dominantă a acestei concepţii în practica terapeutică s-a dovedit pînă la urmă a fi în contradicţie cu o serie de observaţii făcute chiar de către unii psihanalişti în activitatea lor cu subiecţii. Aceste observaţii se refereau la concepţia pacienţilor despre viaţă şi despre ei înşişi, la convingerile şi ideile lor despre anumite situaţii, la modul cum percepeau şi evaluau aceste situaţii, la natura interpretărilor şi a semnificaţiilor date. A început astfel să devină tot mai evidentă legătura dintre gîndire şi reacţiile neadaptative, patologice. Majoritatea subiecţilor au convingeri şi idei nejustificate de realitate, îşi transformă dorinţele în trebuinţe (necesităţi) şi văd îndeplinirea lor în mod imperativ, ajung la concluzii greşite în privinţa desfăşurării unor evenimente, discriminările şi aprecierile lor fiind incorecte. Toate aceste aspecte negative ale gîndirii devin efective şi determină deteriorarea comportamentală prin monologul interior al pacientului, prin ceea ce acesta îşi spune, prin autoverbalizările sale. Între gîndirea incorectă şi emoţia patologică se formează astfel o legătură care depăşeşte posibilităţile de conştientizare şi control ale bolnavului, privind originea şi manipularea suferinţei sale afective. Acestor teorii, apărute din practica terapeutică şi care susţin că la originea emoţiei se află un proces cognitiv, li s-a adus ulterior şi o confirmare experimentală (LAZARUS, 1962—1966). În aceste condiţii, tratamentul tulburărilor emoţionale constă în corectarea şi modificarea convingerilor şi ideilor eronate ale bolnavului, ale monologului său interior, sau în învăţarea unor modalităţi de reducere a trăirilor afective neadecvate. În cadrul procesului terapeutic, explicîndu-i-se sursa tulburărilor sale, subiectul este ajutat să-şi conştientizeze gîndurile şi imaginile eronate şi să le înlocuiască cu altele corecte, justificate şi confirmate de realitate, să transfere şi să aplice aceste noi achiziţii în viaţa de zi cu zi. Teoria şi terapia cognitivă a tulburărilor emoţionale a dobîndit o audienţă tot mai largă în rîndul specialiştilor: studiile şi cercetările pe această temă au devenit tot mai numeroase, s-au înmulţit şi diversificat tehnicile de tratament.

MAHONEY şi ARNECOFF (1978) disting trei categorii de metode terapeutice cognitive: restructurarea cognitivă, formarea deprinderilor de adaptare şi rezolvarea problemelor. În structurarea cognitivă, pacientului i se explică adevărata cauză a tulburărilor sale, sînt depistate convingerile iraţionale, gîndurile distorsionate sau imaginile neadecvate pe care acesta este învăţat şi antrenat să le recunoască. Terapeutul le provoacă, le analizează pe bază logică, demonstrează faptul că ele nu sînt susţinute şi justificate de realitate şi pot fi înlocuite cu altele mai corecte. Pacientul este învăţat cum să observe, să analizeze şi, în final, să anuleze ideile sale iraţionale. Prin intermediul dialogului, terapeutul educă şi informează, convinge şi oferă alternative logice de gîndire şi comportament. În restructurarea cognitivă, ai cărei principali reprezentanţi sînt A. ELLIS şi A. BECK, scopul intervenţiei poate să aibă în vedere atît modificarea imediată a simptomatologiei, cît şi modificarea concepţiilor şi a filozofiei de viaţă, care menţin înclinarea spre boală a pacientului. Formarea deprinderilor adaptative are ca scop principal pregătirea bolnavului, astfel încît atunci cînd este confruntat cu situaţii traumatizante, să fie capabil să iniţieze şi să menţină emoţii adecvate sau să reducă intensitatea trăirilor afective, generate de acele situaţii, la un nivel suportabil. Pentru atingerea acestui scop, sînt folosite diferite procedee, care combină relaxarea, imaginaţia, imitarea comportamentelor unui model (modelarea) etc. Metoda rezolvării problemelor presupune lipsa unor reacţii şi deprinderi cognitive adaptative. În cadrul tratamentului, bolnavul este învăţat cum să-şi identifice problemele, să elaboreze mai multe ipoteze şi situaţii de rezolvare, să selecţioneze una dintre ele şi să-i verifice eficienţa în practică. Terapia cognitivă a fost şi este aplicată cu succes în tratamentul unor afecţiuni şi manifestări psihice ca: depresia nevrotică (BECK, 1979), diferite fobii şi stări anxioase (ELLIS, 1971; BECK, 1976), personalităţi dizarmonice, stări postprocesuale

(ELLIS, 1962 ; MECHENBAUM, 1977), agresivitate și iritabilitate, disfuncții sexuale, insomnie.

475. **COGENTIN**(M) Anglia, Elveția, S.U.A., **COGENTINE**(M) Elveția, Franța, **CONGETINOL**(M) R.F.G. — DCI *Benzatropină* ● Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor ; este, de altfel, un derivat difenilmetan de tip 3-(difenilmetoxi) tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, colinolitică și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ele NL. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii ; poate produce hipotensiune.

476. **COGNOSCIBIL** (cf. lat. *cognoscere* „a cunoaște") ● Ceea ce poate fi cunoscut și dezvăluit, în esența sa, puterii de înțelegere și explicare a subiectului.

477. **COITOFOBIE**(F) (cf. lat. *coitus* „contact sexual" ; gr. *phobos* „frică") ● Teama de realizare a actului sexual. Poate fi determinată de dispareunie, de sentimente de culpabilitate și, în cazuri cu totul patologice, de frica de sarcină.

478. **COITUS INTERRUPTUS** (lat.) ● Metodă contraceptivă frecventă și cunoscută din cele mai vechi timpuri. FREUD și ulterior alți autori consideră metoda ca generatoare de anxietate și fobii. Dacă femeile suportă greu pe plan afectiv această separație bruscă, într-un moment de maximă tensiune, pentru bărbați metoda nu poate avea consecințe deosebite.

479. **COKTELIN-H**(MC) Japonia ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune care se complementează. Este compus din :

- CLORPROMAZINĂ(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- PROMETAZINĂ(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Acțiune neuroleptic-sedativă marcată.

480. **COLAGENOZE** (cf. gr. *kolla* „clei" ; *gennan* „a naște") ● Afecțiuni al căror caracter comun este o degenerescență a substanței intercelulare sau a substanței fundamentale a țesutului conjunctiv (GODEAU). În prezent, mai există controverse în ceea ce privește etiopatogenia entităților care se înscriu în această largă categorie. Dintre numeroasele tulburări psihice care apar în colagenoze le menționăm pe cele mai cunoscute, amintind și modificările psihopatologice pe care medicația specifică a colagenozelor — corticoterapia — le induce. În lupusul eritematos diseminat, tulburările psihice însoțesc episoadele de acutizare ale bolii și pot lua aspectul unor sindroame schizofreniforme sau confuzo-onirice, atunci cînd au intensitate psihotică, și al unor sindroame anxios-depresive sau de depersonalizare, atunci cînd sînt de intensitate nevrotică. Deseori, acestea sînt însoțite de tulburări neurologice. Periartrita nodoasă poate fi însoțită de tulburări de tip confuzional, comportamentale, distimice depresive. În sclerodermie se pot întîlni tulburări psihice pe întregul interval al evoluției, dar în stadiile tîrzii ale bolii, acestea iau aspecte grave, de intensitate psihotică (delir paranoidic, idei de persecuție, halucinații, depresie).

481. **COLAPS PARADOXAL** (cf. lat. *collapsio* „cădere") — sin. HIPOASFIXIE PAROXISTICĂ →sin. SEMERAN-SEMIANOVSCHI(S) sindrom.

482. **COLECTIV**(D) *delir* (fr. *collectif* ; cf. lat. *collectivus* „adunat la un loc") ● Termen care nu desemnează o entitate clinică deosebită, ci se referă la împărtășirea unor credințe absurde sau lipsite de tangență cu realitatea de către un grup de persoane, aflate de obicei sub influența unui inductor, care este un delirant veritabil. Cauzele participării la un astfel

Goya

Scanned with OKEN Scanner

de delir sînt extrem de variate și au o complexitate deosebită.

Dacă în evul mediu, delirul colectiv nu era un fapt care să vină în contradicție cu gîndirea și logica vremii, în epoca contemporană el ar trebui să fie extrem de rar. În mod paradoxal, uneori chiar perfecționatele mijloace de informare în masă reprezintă calea de inducere a delirului.

483. **COLECTIV**$^{(T)}$ *test* ● Probă psihologică, destinată prin construcție aplicării în masă. Testele colective au apărut în primul război mondial, din necesitatea trieril recruților americani cu deficiențe intelectuale. Acestea erau teste de inteligență, elaborate în două forme : una verbală (alfa) și una neverbală (beta), pentru analfabeți. Ulterior, testele colective au dobîndit o răspîndire foarte mare în industrie, școli și în alte instituții. Astăzi, majoritatea probelor de aptitudini și a chestionarelor de personalitate sînt teste colective. Față de testele individuale, cele colective au anumite avantaje, dar și dezavantaje : pot fi administrate în același timp unor grupuri mari de oameni ; reduc mult rolul examinatorului, care nu mai trebuie special pregătit pentru administrare ; etaloanele sînt mai bine stabilite, datorită mărimii eșantionului reprezentativ, pe care s-a făcut standardizarea (zeci de mii de subiecți) ; datorită faptului că majoritatea itemilor sînt cu alegere multiplă, corectura devine mai ușoară și mai obiectivă ; itemii cu un conținut asemănător sînt grupați în subteste, în ordinea unei dificultăți crescînde, ceea ce dă posibilitatea subiectului să abordeze sarcina în mod gradat, de la ușor la dificil (ANASTASI, 1976). Dezavantajele sînt : contactul examinatorului cu subiectul este mult redus, limitîndu-se astfel posibilitatea observării comportamentului subiectului ; sînt detectate mai greu condițiile de sănătate care pot impieta asupra rezultatelor ; se creează o situație de competiție, cu efecte negative asupra performanțelor la unii subiecți.

484. **COLECTIVE**$^{(H)}$ *halucinații* ● Halucinații autitive, vizuale sau olfactive, care apar simultan la un grup de subiecți avînd drept mecanism de producere sugestia sau hipnoza. Sînt de scurtă durată, fiind corectate rapid după dispariția subiectului inductor. Nu au semnificație patologică.

485. **COLECȚIOMANIE** (cf. lat. *collectio* „adunare" ; gr. *mania* „nebunie") ● Perversiune a conduitei colecționarului, în sensul deplasării pasiunii de alegere a obiectului către însăși acțiunea de a aduna, de a strînge (BARDENAT). Ar fi, după această definiție, o „acțiune pentru acțiune", în care criteriile de selecționare a unor obiecte (artistice, rare, bizere etc.) cedează locul pasiunii de a colecționa, în sine. Astfel că uneori, pe nesimțite, preocuparea unui colecționar de a strînge obiecte didactice, culturale, științifice, avînd un caracter pozitiv la demaraj și o bună parte din timp, capătă o nuanță de posesiune, de competiție nejustificată, de orgoliu nemăsurat și avariție.

Dacă explicația compensării anxietății unor personalități psihastenice și a canalizării simțului lor de ordine, clasificare și perfecționism ar putea fi acceptată, trebuie să admitem că, nu în rare cazuri, este vorba mai degrabă de îngroșarea unor trăsături de caracter preexistente, odată cu intrarea în senescență (avariție, egocentrism, despotism). Intrarea colecțiomaniei în scena psihiatrică se face mai curînd pe calea aspectelor medico-legale (furt, cel mai frecvent), decît pe cea a clinicii.

486. **COLECȚIONISM/COLECȚIONARISM** (cf. lat. *collectio*) ● Activitate în care achiziționarea, păstrarea, adunarea unor obiecte aparținînd sau nu aceleiași categorii, în scopul alcătuirii unei colecții, devine patologică (prin lipsa de interes documentar sau artistic al obiectelor, prin eterogenitatea lor etc.). Dacă pe parcursul copilăriei și adolescenței colecțiile constituie o preocupare încurajată de obicei de părinți, mai ales atunci cînd ele au o valoare educativă, aceste preocupări pot ulterior să se schimbe sau, dacă persistă, în funcție de amploarea și de criteriile lor de alcătuire, vor rămîne fie o „pasiune" lăudabilă și rezonabilă, fie vor îmbrăca mania colecționarismului/colecțiomania (delimitare, de altfel, greu de făcut).

Conceptul a evoluat în cursul istoriei psihiatriei paralel cu moda, dar și în raport cu teoriile circulante în epocă. REGIS (1925), studiind problema stărilor nevropatice, a degenerescenței și dezechilibrului le exemplifică prin „hoții marilor magazine" — colecționari, dezechilibrați și bolnavi. MINGAZZINI distinge printre aceștia indivizi care, supuși unei impulsiuni morbide, își însușesc obiecte la întîmplare, depozitîndu-le la domiciliu, transformat astfel într-un adevărat bazar (policlepto-colecționarism). Și mai excentric este monoclepto-colecționarismul, definit prin selectarea unor obiecte de un singur tip : portmonee, pipe, păpuși, umbrele, haine, obiecte de veselă sau tacîmuri etc., păstrate cu atenție, chiar cu religiozitate. În cazul fetișismului (combinat uneori cu cleptomania), obiectele colecționate servesc obținerii sa-

tisfacerii erotice. În tratatul său de „Psihiatrie clinică", P. GUIRAUD atribuie colecționarismul bolnavilor mintal unor exprimări deformate ale instinctului alimentar (evidente la demenți și oligofreni).

Curentele de sorginte psihanalitică au schimbat acest punct de vedere, oferind o interpretare sadico-anală a personalității obsesionale (psihastenice), în latura sa anal-erotică.

Cu toate acestea, CODET menționează în observațiile sale colecționarismul și ca apanaj al psihozei maniaco-depresive (mai ales maniacalii), al delirurilor cronice sau al schizofreniei hebefrenice. În cazurile respective, obiectele colecționate sau „stilul" de a colecționa vor fi în deplină armonie cu tabloul psihopatologic în cadrul căruia evoluează, orientînd uneori în mod fericit diagnosticul.

487. **COLERIC** (cf. lat. *cholera* „fiere") ● Tip temperamental clasic, determinat — după HIPPOCRATE — de predominanța în organism a bilei galbene (una dintre cele patru umori organice, alături de sînge, flegmă și fiere neagră, în baza cărora, pornind de la concepția cosmogonică a lui EMPEDOCLE, părintele medicinei și al psihiatriei stabilește tetrada temperamentală: sangvinic, melancolic, coleric și flegmatic, pe care le asociază celor patru anotimpuri). Reprezintă focul (element constitutiv al lumii, alături de aer, apă și pămînt) și căldura verii (corespondentul sezonier din aceeași perspectivă preștiințifică a antichității).

Sub aspectul particularităților psihofiziologice sau dinamico-energetice, temperamentul coleric apare mai conturat în tipologia pavloviană, unde corespunde tipului general AMS („puternic-neechilibrat-excitabil"), precum și în caracteriologia lui HEYMANS și WIERSMA (fondată pe ipoteza neurofiziologică a lui O. GROSS), adoptată de R. Le SENNE (1945), unde corespunde tipului „emotiv-activ-primar" (după combinarea repercusivității, emotivității, activității). Sub aspect psihologic, colericul se caracterizează prin: vitalitate deosebită și dinamism, facilitate de contact, sociabilitate și exuberanță, adaptare bună la prezent sau sintonie cu mediul, reactivitate accentuată etc. Totodată, denotă însă o insuficiență frenatorie sau o slabă capacitate de inhibiție, care se particularizează în iritabilitate, excitabilitate, reacții agresive. El este nestăpînit nerăbdător, agitat. MUCCHIELLI distinge colericii combativi de cei concilianți. Descris ca „om de acțiune", atras de situații noi (în lipsa cărora devine el inițiator sau improvizator de acțiuni), în care nu rareori se angajează fără o prealabilă evaluare a riscurilor sau a cheltuielilor energetice (dispersie de forțe); colericul este un extrovert, o fire veselă, optimistă și generoasă, instituindu-se nu de puține ori ca organizator energic sau animator de grup. Dacă este și inteligent, fluiditatea și bogăția asociațiilor se pot converti în creații de prestigiu. Viața lui afectivă este bogată, intensă și bine exprimată mimico-pantomimic, dar inegală, cu exagerări. Reprezentantul tipic al temperamentului coleric pentru școala psihiatrică clasică franceză ar fi DANTON.

488. **COLESTERINOZĂ CEREBRO-TENDINOASĂ (Van BOGAERT)** (*fr. cholestérine*: vezi gr. *chole* „fiere" ; *sterros* „solid") ● Lipidoză familială, atingînd mai ales sexul feminin, caracterizată prin întîrziere în dezvoltarea intelectuală (debut în copilărie), sindrom paretic ataxic cu mioclonii (cînd apare la vîrsta adolescenței), semne bulbare (la vîrsta adultă). Evoluția este letală.

489. **COLINOLITICE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PARASIMPATICOLITICE.

490. **COLITE(M)** Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

491. **COLON IRITABIL** (cf. gr. *kolon* „intestin gros" ; lat. *irritabilis* „supărăcios, irascibil, supus iritației") — sin. COLOPATIE FUNCȚIONALĂ ; COLITĂ SPASTICĂ ● Tulburare a motilității intestinului gros, provocată de factori de stres (DROSSMAN). Considerată a reprezenta 25% din consultațiile de gastroenterologie (HAYNAL, 1978) sau chiar 50% (ȘUȚEANU, 1978) și peste 50% (KAPLAN și SADOCK, 1980), afecțiunea impresionează nu numai prin marea ei incidență, ci și prin variabilitatea manifestărilor digestive. Simptomele de care se plîng bolnavii sînt: diaree (așa-zisa „diaree nervoasă" sau „colită mucoasă"), însoțită de tenesme, constipații (spasticitate exagerată, mai ales la nivelul sigmoidului — „coarda colică") sau alternarea constipației cu diareea, dureri abdominale ce domină după emiterea scaunului. Mecanismul pare a fi reprezentat de exagerarea reactivității (predominant motorii și mai puțin secretorii) la stimulii colinergici, diferențiindu-l de colita inflamatorie. Este însă foarte adevărat că, în cazurile incipente de colită ulcerativă, aspectul bolii poate fi greu diferențiat de cel al colonului iritabil.

Evoluţia este ondulantă, dar de lungă durată, cu exacerbări ce se instalează brusc sau insidios, dar aflate totdeauna într-o strînsă legătură cu anumite situaţii generatoare de emoţii negative sau pozitive, de suprasolicitare, de contrarietate, de insatisfacţie. Psihosomaticienii relevă faptul că vîrsta predilectă a bolii este de 25—45 de ani (uneori şi adolescenţa) — respectiv etapa cronologică în care individul se confruntă în cel mai înalt grad cu problemele de adaptare la mediu, la societate —, dar pun accentul mai ales asupra tipului de personalitate pe care se grefează boala. Astfel, la tipul nevrotic, anxios, hipocondriac, isteric, depresiv, apariţia tulburărilor de motilitate a intestinului gros este strîns corelată cu debutul sau exacerbarea respectivei nevroze în evoluţie. Deşi un anumit profil psihosomatic pentru bolnavul de colon iritabil, nu poate fi precizat, ALEXANDER îl caracterizează prin sentimente de culpabilitate şi anxietate, cu o necesitate presantă de „a oferi" de „a restitui", ca modalitate de răspuns compensator la refularea tendinţelor primare, „receptive" şi „captative", emisia, evacuarea constituind echivalentul simbolic al acestui sacrificiu, de fapt o atitudine masochistă. Diareea ar exprima neajutorare. Abordarea psihodinamică promovată de psihanaliză a fost îmbogăţită prin studii psihodiagnostice, ce au reliefat trăsături constante de depresie, anxietate, hipocondrie la subiecţii suferinzi de această afecţiune. Nota comună este dată de imaturitatea pe plan instinctiv-afectiv, care predispune la o vulnerabilitate exagerată în domeniul adaptării psihosociale. Rămîn necunoscute deocamdată motivele şi condiţiile în care ia naştere această tulburare specifică a motilităţii intestinului gros.

Pe lîngă bine-cunoscutele remedii igieno-dietetice şi medicamentoase ale constipaţiei şi diareei, tratamentul cu psihotrope şi o psihoterapie individualizată vor spori considerabil şansele de vindecare.

492. **COLOMBIER Jean** (1736—1789) ● Medic francez din secolul al XVIII-lea, a cărui operă a influenţat întreg secolul următor. Este autorul „Instrucţiuni asupra manierei de a îngriji alienaţii şi de a contribui la însănătoşirea lor în crizele ce le-au fost destinate" (1785), lucrare de un umanism deosebit. Încă din introducere, el afirmă: „fiinţelor celor mai slabe şi celor mai nenorocite cărora societatea le datorează protecţia cea mai deoesbită şi maximum de îngrijiri". Lucrarea -a influenţat şi pe PINEL, care afirma: „Colombier m-a făcut să văd ce trebuie făcut pentru ei".

493. **COLSTAMIN**(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat reserpină, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

494. **COMĂ** (cf. gr. *kôma* „somn profund şi prelungit") ● Stare patologică a neuropsihismului afectînd profund şi persistent starea de conştienţă, practic abolită — ARSENI — (în mod brutal sau lent, progresiv), funcţiile de relaţie, dar cu relativa păstrare a funcţiilor vegetative (în raport cu gradul de profunzime). Mecanismul de producere a stării de comă a început să fie elucidat de-abia în ultimele decenii, datorită contribuţiilor aduse de neurofiziologie, deşi coma era cunoscută încă din antichitate, medicii făcînd deosebire între comă şi somn.

Coma sau sindromul comatos rezultă dintr-o perturbare a sistemului reglator al vigilenţei, din formaţiunea reticulată activatoare ascendentă (SRAA) catecolaminergică, prin leziuni la nivelul trunchiului cerebral sau al ambelor emisfere. Pentru clasificare, FISCHGOLD, I, MATHIS (1959) iau în discuţie criteriul electrochimic, distingînd patru stadii:

- *Stadiul I* — coma rigidă — posibilitatea de terapie prin stimulare; conservarea reflexelor encefalice; absenţa tulburărilor funcţiilor vegetative; traseu EEG: ritm alfa încetinit sau aplatizat, scurte bufee de unde lente, cu păstrarea reactivităţii electroencefalografice;
- *Stadiul II* — coma uşoară — pierderea manifestă a conştienţei, cu scăderea semnificativă a reactivităţii (numai la stimuli puternici nociceptivi); reflexe pupilare şi corneene evident diminuate, tulburări de deglutiţie; absenţa controlului sfincterian; traseu EEG: ritmuri lente, cu reactivitate mult scăzută sau absentă;
- *Stadiul III* — coma profundă sau carus — absenţa totală a conştiinţei, posibilitatea de reactivare; reflex cornean absent; midriază; deglutiţie abolită; pe prim plan — tulburările cardiorespiratorii; traseu EEG: bradiritmie şi monotonie; absenţa totală a reactivităţii;
- *Stadiul IV* — coma depăşită — suprimare globală a activităţii encefalice; afectarea majoră a funcţiilor esenţiale, hipotensiune arterială, hipotermie, hipotonie musculară, midriază fixă; traseu EEG: izoelectric.

Trebuie făcută menţiunea că traseul EEG nu dă indicaţii nici asupra etiologiei, nici asupra evoluţiei comei, ARSENI şi colaboratorii stabilind că ameliorarea şi agravarea apar intii clinic şi apoi electroencefalografic. Au existat şi tentative de testare a tulburărilor de perceptivitate (pentru a le diferenţia de cele de reactivitate), prin investigarea răspunsului scris, a orientării în timp şi spaţiu, a executării unui ordin verbal şi a reflexului de clipit la ameninţare (JOUVET, 1969), toate acestea presupunînd însă un mare efort. Alţi specialişti (TEASDALE şi JENNETT, 1974) au testat numai trei parametri : deschiderea ochilor, răspunsurile verbale şi activitatea motorie (bineînţeles, în cazul pacienţilor care sînt conştienţi), oferind o metodă de fineţe, deschisă aprecierilor evolutive.

După conţinutul etiopatogenic, BOUDOURESQUE oferă următoarea clasificare :

- come neurologice — exprimînd afectarea structurilor encefalice, respectiv, semne neurologice de focar : coma vasculară, coma traumatică, coma infecţioasă, coma din tumorile cerebrale, coma epileptică ;
- come metabolice — prin tulburarea unor mecanisme umorale, caracterizate prin tablouri clinice specifice : coma uremică, coma diabetică, coma hipoglicemică, coma hepatică, comele endocrine ;
- come toxice — prin acţiunea unor agenţi toxici exogeni.

Diagnosticul diferenţial este o etapă extrem de importantă pentru diferenţierea altor sindroame care evoluează cu alterarea stării de conştienţă :

Tabel nr. XXXVIII

		COMĂ
HIPERSOMNIA	• somn profund şi durabil, intermitent se produc treziri ; • funcţii vegetative : normale ; • semne neurologice : absente ; • etiologie : encefalite, tumori	• afectarea profundă şi durabilă a conştienţei • modificate
SINCOPA ALBĂ (vasculară) ALBASTRĂ (respiratorie)	• durata suspendării conştienţei : scurtă (secunde)	• îndelungată
CATAPLEXIA	• conştienţa păstrată (cădere) • durată scurtă • etiologie : leziuni diencefalice	• absentă • îndelungată
CATATONIA	• conştienţa păstrată • poziţie imobilă, incomodă • reactivitate absentă • etiologie : schizofrenie, encefalite	• absentă • posibile mişcări (hipotonie) • modificată/absentă • neurologică, metabolică, toxică
STUPOAREA	• conştienţa păstrată • imobilitate totală • reactivitate absentă • etiologie : schizofrenie, depresii, melancolie, isterie, psihoze reactive	• absentă • parţială • modificată/absentă • neurologică, metabolică, toxică
MUTISM AKINETIC	• conştienţa păstrată • imobilitate parţială • reactivitate absentă • etiologie : leziunile substanţei reticulate activatoare ascendente, schizofrenie.	idem

Diagnosticul diferenţial al comei cu alte sindroame care evoluează cu tulburări de conştienţă.

495. **COMBINAT**(D) *delir* (fr. *combiné*; cf. lat. *combinare*) — sin. DELIR MIXT ● Convingere puternică, cu conținut incredibil, impenetrabilă la argumente logice și la proba realității. Se dezvoltă pe un fond afectiv mixt, existînd simultan elemente atît din sindromul depresiv, cît și din cel maniacal (termenul subliniind mai ales tulburarea afectivă decît cea a gîndirii). Se întîlnește în stările afective mixte.

496. **COMBINATE**(H) *halucinații* → sin. SINESTEZICE(H) halucinații.

497. **COMENTARE A ACTELOR** (cf. lat. *commentari* „a se gîndi, a reflecta, a explica") ● Halucinație acustico-verbală, caracterizată prin discuții purtate la persoana a doua sau a treia, subiectul avînd convingerea că vorbește despre propriile acte. Sînt halucinații psihice, pe care EY le consideră drept variantă a ecoului gîndirii din sindromul de automatism mental descris de CLÉRAMBAULT. Comentariile pot fi simultane, anterioare sau posterioare actului respectiv și constituie o variantă a ideației autoscopice, care devine conștientă și este transferată sintactic de la persoana întîi, la persoana a doua sau a treia.

498. **COMETOFOBIE**(F) (cf. lat. *cometa*; gr. *phobos* „frică") ● Teama patologică, nemotivată, de comete; nu se mai întîlnește în prezent în clinica psihiatrică. A reprezentat mai mult un element al ignoranței decît al sferei psihopatologicei. În prezent, poate ridica problema unui intelect de limită, a simulației sau tentativei de excrocherie, iar în extremis, poate fi legată de *„speranța găsirii unui alt ignorant"*, care să-i împărtășească teama.

499. **COMIC** (cf. lat. *comicus*) ● Categorie estetică ce se referă, în general, la ceea ce stîrnește rîsul. Efectul hilar însoțește dezvăluirea unei nepotriviri contrastante în alcătuirea unor personaje sau în desfășurarea unor situații, făcînd transparentă masca de firesc, bună credință și autenticitate sub care se ascund — voluntar sau involuntar — aroganța, amorul propriu, prostia, ignoranța, absurditatea, lipsa de măsură etc.

Demascînd impostura, dînd la iveală deghizarea și disimularea unor păcate omenești, comicul presupune o atitudine critică, ce își minimalizează obiectul, refuzînd să-l ia în serios și prezentîndu-l sub o înfățișare caricaturală, în care strîmbătatea lăuntrică a țintei devine ilariantă prin amplificarea ei pînă la grotesc, ca într-un joc de oglinzi ce deformează imaginea obiectului reflectat. Efectul comic implică umorul în toate ipostazele sale: ironia, gluma, farsa, sarcasmul, zeflemeaua, parodia etc. Găsindu-și în comedie forma clasică de expresie, comicul se dezvăluie, de asemenea, cu strălucire, în literatura umoristică, în muzică (humoresca) în plastică (caricatura), balet, pantomimă etc.

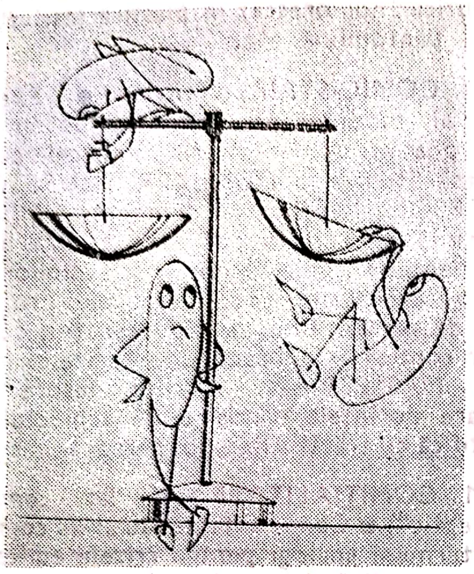
500. **COMIC-STRIPS** (engl.) ● Exemplu tipic al modului în care comportamentul uman poate fi influențat prin mijloacele culturii de masă. Studiile lui DUNEKER, THURSTONE, PETERSON, MIERKE au demonstrat influența deosebită pe care o pot avea asupra limbii, vestimentației, obiceiurilor și atitudinilor indivizilor, aventurile unor personaje imaginare (eroi de roman, film, benzi desenate), cu care vin în contact prin massmedia. Aceste exemple, după MASSERMAN, vorbesc despre felul în care dorințele narcisice ale subiectului se identifică cu trăsăturile unui personaj imaginar.

501. **COMIȚIALITATE** (cf. lat. *comitialis* „epileptic") ● Comițialitatea sau „răul comițial" sînt termeni analogi pentru crizele epileptice. În Roma antică, în cazul cînd această manifestare se producea în cadrul unei adunări, semnul era considerat de rău augur, subiectul fiind exclus din adunare, iar adunarea (comitium) se întrerupea. Termenul actual de EPILEPSIE l-a înlocuit aproape complet pe cel vechi de comițialitate, care are un interes istoric. Utilizarea sa în continuare, din considerente de etică medicală, nu-și are justificarea întrucît sensul pe care îl are este suficient de bine cunoscut publicului larg.

502. **COMOȚIE CEREBRALĂ** (cf. lat. *commotio* „mișcare, agitație") ● Tulburare funcțională — deci reversibilă — a cortexului, apărută în urma unui traumatism cranio-cerebral, în absența vreunei leziuni organice microscopice evidențiabile. Această definiție aduce o demarcație cît se poate de clară față de tot ceea ce era cunoscut înainte sub denumirea de sindrom postcomoțional. Aspecte clinice: scurtă abolire a stării de conștiență (minute); traumatism craniocerebral de intensitate medie imediat premergător; ușoară stare de confuzie, ce se risipește imediat; hipotonie musculară; areflectivitate (de scurtă durată); tulburări vegetative, febră, transpirații, respirație stertoroasă, tahicardie. Aspecte uneori patologice; abruptă depolarizare a membranei neuronale de la nivelul formației reticulare a trunchiului cerebreal, cu caracter tranzitor și în între-gime reversibil. Orice suferință acuzată de pacient după un traumatism craniocerebra

ce se soldează cu o singură comoţie este suspectă, în sensul că ori nu a fost comoţie cerebrală ori se urmăreşte un beneficiu secundar.

503. **COMPARARE** (cf. lat. *comparare*) ● Acţiune prin care se stabilesc asemănările



şi deosebirile dintre obiecte şi fenomene. Este un mecanism psihologic de importanţă esenţială pentru operaţiile de analiză şi sinteză ale gîndirii. Asemănările şi deosebirile pot fi cantitative sau calitative, se pot referi la obiecte sau fenomene din realitatea obiectivă sau diferenţiază stări subiective. Capacitatea de comparare presupune ca toate laturile vieţii psihice să fie integre: senzorialitatea, afectivitatea, gîndirea. Orice distorsionare a uneia dintre ele duce la dereglarea capacităţii de comparare. Astfel, în toate bolile care afectează analizatorii, nu mai pot fi făcute comparaţii între senzaţii, care sînt perturbate sau pur şi simplu nu există. Starea afectivă poate distorsiona compararea, mai ales pe plan abstract sau subiectiv. Tulburările de gîndire afectează, de regulă, în mod grav posibilitatea de a compara obiectiv.

504. **COMPAZINE**(M) S.U.A. — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acţiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valenţe antivertiginoase şi antispasmotice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL(M).

505. **COMPENDIUM**(M) Italia — DCI *Bromazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valenţe antidepresive. Atenţie la administrarea la vîrstnici şi conducători auto.

506. **COMPENSARE** (cf. lat. *compensare* „a cumpăni, a compensa") ● Termen care desemnează acel proces sau mecanism pus în mişcare de o deficienţă (fizică, psihică), de o insatisfacţie sau nerealizare, în scopul contrabalansării sau al anihilării efectelor acestora. Astfel, compensarea poate avea un sens de echilibrare. Mecanismul compensator vizează soluţionarea unor situaţii real frustrante sau resimţite ca atare, a unora care generează un sentiment de inferioritate sau a altora care declanşează un lanţ de nerealizări (eşecuri), pornind de la o inferioritate fizică ori mentală, fie ea reală sau presupusă.

Compensarea poate forma, în sens pozitiv, anumite trăsături de personalitate: este vorba de acele atitudini, cu semnificaţie compensatorie, de care subiectul este conştient şi pe care le dezvoltă în mod intenţionat pentru echilibrarea deficitului (vezi, de exemplu, cazul deficienţilor senzoriali care suplinesc defectul prin dezvoltarea altor organe de simţ sau a unor trăsături caracteriale pozitive, mai ales în sens moral, sau prin alegerea unui anume tip de formaţie intelectuală; procesul compensator poate îngloba toate aceste modalităţi enumerate).

ADLER abordează compensarea ca necesitate, lipsă, deficienţă, deci inferioritate. Inferioritatea dezavantajează, umileşte, răneşte, situează persoana în perspectiva eşecului, a înfrîngerii; individul se fixează pe sentimentul său de inferioritate, indiferent de faptul că deficienţa sa este minoră sau majoră, că insatisfacţia sa este reală sau presupusă, resimţită fără motiv evident. ADLER extinde sentimentul de inferioritate la întreaga viaţă psihică, mai exact el face din acest sentiment resortul şi caracteristica esenţială a fiinţei umane („Am insistat mult timp asupra faptului că a fi om înseamnă a te simţi inferior" (...) „...istoria umanităţii trebuie considerată ca istorie a sentimentului de inferioritate şi a tentativelor de a găsi o soluţie" — ADLER).

Întrucît organismul uman este construit „pe principiile securităţii", funcţiunile unui organ lezat pot fi preluate de alt organ sau un organ atins poate declanşa o energie compensatorie. Odată constituit, sentimentul de inferioritate devine un fel de centru, în jurul căruia persoana se construieşte, încercînd, mai mult sau mai puţin conştient, să compenseze acest sentiment, să-i anihileze efectele. Două moda-

lități sînt posibile : fie apariția unor conduite imaginative, reverii consolatoare, a tendinței de refugiu și pasivitate, fie a unei energii psihice intense, manifestate prin dorința de putere, de strălucire, de afirmare. Această ultimă modalitate se poate sublima în voință (putere) creatoare la scriitori, la pictori, în general la artiști sau poate determina comportamente inferioare (brutalitate, gelozie, despotism, răzbunare). ADLER admite agresivitatea inconștientă („ființa este pregătită pentru atac") și explică sublimarea în raport cu compensațiile sociale pe care această agresivitate le poate procura, în măsura în care ea devine dorință (ambiție) de reușită. Cînd stilul de viață al individului se formează în exclusivitate în scopul depășirii inferiorității proprii sau a unei nerealizări personale, se ajunge la un deficit de sentiment social (capacitatea de cooperare cu ceilalți) — cu risc crescut de constituire și instalare a nevrozei : persoana nu mai este în stare de o compensație conștientă, în raport cu realitatea exterioară și cu posibilitățile sale reale ; ea se va hrăni cu ficțiuni, va recurge la simulare, se va cantona în falsificări, își va folosi exagerat mijloacele, supradimensionîndu-și valoarea personalității și depărtîndu-se tot mai mult de exigențele sociale. Structura psihică compensatorie se caracterizează prin exacerbarea tuturor forțelor psihice susceptibile să aducă securitate (întrucît inferioritatea cuplează imediat insecuritatea). Individul își alege drept model tatăl, un frate mai mare, un erou de poveste sau orice alt reprezentant al autorității — deci imaginea masculinității, a virilității, imagine predominantă în societatea civilizată, care este o societate esențial paternă (E. FROMM). Centrată pe imaginea masculinității nu datorită însușirilor proprii, ci datorită rolului jucat de „masculin" în civilizația noastră, persoana va simți antinomia inferioritate trăită – superioritate dorită sub forma antinomiei masculin-feminin. De aici rezultă atitudinea de protest viril, caracteristică, după ADLER, ambelor sexe. Acest protest va domina formarea caracterului pînă la constituirea unor deformări ale trăsăturilor de personalitate.

Anumite împrejurări (ca acelea provocate de o deficiență organică reală sau de o educație prea severă sau total lipsită de severitate) vor favoriza deformarea personalității. În protestul său viril, în tendința de a deveni puternic spre a-și depăși inferioritatea, individul este tentat să folosească (și folosește) mijloacele care i se par cel mai puțin riscante, în atingerea scopului său final fictiv („nevroza nu provine dintr-o impulsiune inconștientă, ci este produsul unui scop final fictiv" ; după ADLER, o inferioritate organică, în mod special, determină individul să părăsească terenul realității și să se afunde în ficțiune). Căutînd mijloace mai ușoare, copilul va ajunge să încerce atingerea scopului său masculin prin mijloace feminine : un copil predispus la nevroză va proceda, în acțiunile sale ,cu infinite precauțiuni, va ține seama de multiple prejudecăți, agresivitatea sa fiind doar un expedient compensator, pentru că acest copil va fi totdeauna dispus, pentru a riposta unor situații, să înlocuiască ostilitatea cu supunerea ; pentru consolidarea poziției sale în proprii ochi sau în ochii celorlalți, el va acuza (simula) tulburări pe care nu le are sau va exagera tulburări nesemnificative ; dacă aceste manifestări nu vor avea efectul dorit asupra celor din jur, copilul va trece la un exces de compensare prin exagerarea acțiunilor sale, chiar a unor activități pozitive (în unele cazuri, mai ales a acestora). Astfel, nevroticul aduce, la vîrsta adultă, mecanisme și modalități folosite în copilărie ; el se comportă „ca și cum" ar fi copil.

Raportul creat, la nevrotic, între sentimentul de inferioritate și idealul personalității este răspunzător de exaltarea tendințelor puse în slujba idealului. Există cazuri în care acest raport determină căutarea și găsirea unui refugiu, a unui pretext de sustragere de la o decizie care ar solicita sentimentul personalității (este o modalitate frecventă de a înlocui slăbiciunea proprie cu alegerea unui refugiu, pentru retragere în fața unei decizii, mai ales cînd intervin mecanisme legate de Supra-Eu : de exemplu, „nu aleg acest lucru, nu pentru că n-aș putea să-l fac, ci pentru că nu este bine, nu e corect" etc. ; aici conflictul generator de nevroză se creează între un Supra-Eu puternic și un Eu slab). Refuzul de a lua decizii se produce mai ales atunci cînd nevroticul sesizează sau, mai degrabă, simte că scopul său nevrotic este prea înalt ca să poată fi atins ; atunci persoana în cauză dezvoltă acuzații, manifestări agresive împotriva împrejurărilor existenței sau împotriva zestrei sale ereditare. Astfel nevroticul își construiește, compensator pentru slăbiciunea sa (care este, de fapt, o slăbiciune a Eului), un sistem de operații puternic și durabil (autoritarism, manifestări pedante, încăpățînări, demonstrații logice), prin care încearcă să-și domine mediul apropiat, cercul familial, pretextînd mereu mari suferințe. El se va considera mereu neînțeles, își va asuma rolul de victimă, își va etala inferioritatea sau slăbiciunile, pentru a centra atenția celorlalți asupra sa, va fi în mod

frecvent pradă descurajărilor și va incrimina mereu pe cei din jur pentru eșecurile sale (va acuza societatea, lipsa de șansă, nedreptatea, viața însăși) ; ca urmare, el va manifesta o serie de temeri, de anxietăți, de ezitări, de remușcări sau va dezvolta o agresivitate marcată în toate relațiile sale. El se va refugia în boala care îl securizează, își va „construi" compensatoriu experiențele, într-un mod în care să îi convină și care să îi justifice existența, în fața sa și a celorlalți. Va trăi într-un mod fictiv, ficțiunea presupunînd eliminarea imaginară a inferiorităților și slăbiciunilor (sursă de perturbare interioară) și a realității (sursă de obstacole, de confruntări). Așadar, ADLER explică și descrie constituirea nevrozei ca avînd la origine sentimentul de inferioritate, sentiment ce pune în mișcare mecanisme de compensare și supracompensare (...„inferioritatea poate să ducă la sentimente de superioritate prin compensare sau supracompensare" — exagerarea compensării, de care individul nu mai este, practic, deloc conștient). Esența nevrozei constă, după acest autor, în sistemul individual de compensare ce se formează și se întărește prin folosirea exagerată, permanentă, a mijloacelor psihice de care dispune persoana.

Funcția compensatorie a visului. Psihanaliștii au acordat un rol deosebit funcției compensatorii a viselor. După opinia lor, în visele copiilor, dorința care se îndeplinește vizează un scop cunoscut, care nu a putut fi atins în cursul zilei ; la adult, o astfel de dorință nu provoacă un risc compensator decît în caz de mare privațiune. Majoritatea viselor adulților exprimă fie o dorință apărută în cursul zilei și imediat receptată, fie o dorință care nu a pătruns încă în cîmpul conștiinței. De aceea, visele adulților sînt legate cel mai ades, de dorințe inconștiente, cu rădăcină în viața infantilă. „Practic, totul se petrece ca și cum dorințele profunde ale adultului ar avea drept scop permanent compensarea unei suferințe arhaice" (R. ALLENDY). Satisfacția imaginară care are loc în timpul visului, neutralizează o „excitație inconștientă" ; fără această supapă a visului, excitația respectivă ar provoca acțiuni necontrolate, poate chiar cu caracter antisocial. În măsura în care visul reprezintă realitatea (directă sau simbolică) a unei dorințe, el are o semnificație compensatorie, deci poate fi considerat un proces în care, pe lîngă alte mecanisme, participă și mecanisme compensatorii ; dorința apare într-o formă directă în visele copiilor (de obicei, sînt dorințe care nu se pot îndeplini în stare de veghe ; de asemenea, dorința apare net în visele adulților care au suportat mari privațiuni — acestea sînt visele care au o semnificație compensatorie clară).

Reveria (sau „visul diurn") poate fi și ea o modalitate psihologică (un proces) compensatorie, în măsura în care o lume imaginară și fictivă împlinește un proiect irealizabil sau nerealizat, contracarează efectele unui eșec sau satisface o dorință ce întîmpină, în mod real, obstacole în îndeplinire. Persoana se complace în această stare, chiar o caută, întrucît evaziunea imaginativă transformă realitatea, o modifică în sensul unei dorințe sau al unei tendințe. Reveria apare, în special, la indivizi la care adaptarea la realitatea exterioară este dificilă și cere un mare efort ; ei se protejează printr-un univers fictiv, care îi apără și îi satisface. Reveria aduce sau completează ceea ce lipsește individului în viața reală, mai ales dacă dorințele și trebuințele lui se plasează în afara realității, a exigențelor exterioare. Persoana renunță să-și mobilizeze resursele de care dispune în mod obiectiv, simțindu-se satisfăcută de o construcție imaginară. E. MINKOWSKI vorbește despre caracteristicile particulare ale compensației în psihopatologie ; e ia în considerare patru forme de compensație :

- La bolnavii amnestici, cu deteriorare mintală severă, modalitatea compensatorie este oarecum automată (mecanică), în sensul că, pentru a umple marile lacune mnezice, acești bolnavi fabulează (demența senilă) ; ei nu spun „am uitat" sau „nu-mi amintesc", ci înlocuiesc amintirile uitate cu răspunsuri fantastice. Din punctul de vedere al eficienței, nu există nici un profit, individul rămînînd cu același grad de amnezie. Astfel, fabulația sau confabulația din demență ar fi, după E. MINKOWSKI, o trebuință compensatorie, pe care bolnavul nu o stăpînește și nu o conștientizează, compensația astfel realizată fiind aleatorie (aici nu intervin mecanismele imaginației, ci practic este o „*compensație care nu compensează nimic*").
- Compensația afectivă, vizind realizarea dorințelor nerealizate : visele, reveria, fantezia, permit suplinirea unor renunțări, a unor efecte ale refulării, a unor deziluzii. Recursul la imaginar poate să meargă pînă acolo încît lumea imaginară să se substituie realității ; se produce astfel o ruptură între imaginar și real, marcată prin faptul că atenția față de real este global perturbată (această perturbare poate fi mai mult sau mai puțin gravă, de la savantul veșnic distrat, pînă

la autistul cu lumea sa particulară). Fenomene de compensație apar și în unele idei delirante (de putere, de frumusețe, erotomane), de obicei în cazul ideilor al căror conținut se plasează la polul opus a ceea ce a oferit sau oferă realitatea individului în cauză. CLAUDE și MONTASSU (citați de MINKOWSKI) vorbesc, în acest sens, de un delir de compensație. Însă aici nu mecanismul compensator creează delirul, ci însăși semnificația compensatorie este efectul unui resort patologic; jocul nu se duce între pierdere și cîștig, ci între pierdere și pierdere. Deficiența, deformarea patologică gravă primează, astfel încît, afirma MINKOWSKI, nu e vorba de o evaziune pur imaginativă, ci de o evaziune patologică.

- Compensația fenomenologică (în procesul schizofreniei). Pînă la un punct, această compensație s-ar apropia de cea numită afectivă; dar, în destructurarea schizofrenică, fenomenul compensator nu vine să umple un spațiu vid sau să completeze o deficiență prin contrabalansare cu alte conținuturi; revenia, ca și retragerea sau opoziționismul, se dezorganizează în chiar procesul schizofrenic. Se ajunge la un lanț de stereotipii (de limbaj, de gest, de mimică, de atitudine), care vor fi antrenate și ele în fenomenul dezagregării. Așadar, aici compensația nu este prezentă decît în cele cîteva puncte în care bolnavul mai păstrează contactul cu realitatea.
- Compensația factorială, cu referire la interacțiunea diferiților factori în cadrul tablourilor clinice. Această interacțiune trimite prin ea însăși la ideea de compensare. Este o formă de compensare care constă în faptul că anumite trăsături structurale pot contrabalansa anumite efecte simptomatice (deci un factor structural sau constituțional compensează un factor simptomatic). MINKOWSKI dă exemplul unor cazuri de schizofrenie, în care apare ca element constituțional și transmis, un factor epileptoid; evident, bolnavul este schizofren, ca manifestări simptomatice, dar adezivitatea lui atenuează ruptura.

Ceea ce se reține din concepțiile diverșilor autori este faptul că fenomenul sau procesul compensator poate fi un factor pozitiv, de echilibrare; o pierdere, o inferioritate sau o nerealizare, un eșec — toate acestea nu sînt neapărat de natură morbidă. Nereușita într-un domeniu se contracarează prin succesul în alt domeniu. Patologia comportă, în mod necesar, o pierdere. Aceasta este însă durabilă, stabilă și se definitivează ca o deficiență sau infirmitate obiectivă; într-un proces patologic acut, nu intervine compensația (aici intervin factori patogeni și de apărare a organismului). Ceea ce rămîne după confruntarea inițială lasă loc mecanismelor de compensație, care însă nu recuperează în totalitate deficiența; intervin capacitățile restante ale subiectului, conștiința asupra bolii, precum și atitudinea sa față de boală.

507. **COMPENSARE(D)** *delir* (cf. lat. *compensare*) ● Delir a cărui tematică este legată de o situație existențială intens psiho-traumatizantă și care tinde să compenseze evenimentul existențial, fiind declanșat de un mecanism de apărare. De exemplu, convingerea delirantă că persoana iubită decedată, de fapt nu a murit, ci numai a plecat și va reveni. Se întîlnește în stările reactive de intensitate psihotică, în delirurile cronice ale infirmilor, legate tematic de infirmitate. Termenul a fost introdus de SIVADON.

508. **COMPENSOL(MC)** Mexic ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează. Este compus din:

- DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- GABOB(M) — extract vegetal.

Acțiune anxiolitic-sedativă.

509. **COMPETIȚIE** (cf. lat. *competitio*) ● Modalitate de comparare socială între indivizi sau între grupuri de indivizi; a fost prezentă, într-o formă sau alta, pe toate treptele de dezvoltare a societății. Este considerată de unii autori ca un stimulent spre o activitate cu un standard ridicat al calității și cantității performanței, ca un mijloc de educare a colaborării și cooperării. Una dintre metodele de studiere a competiției o constituie recompensa diferențiată. În cazul acesta, se oferă subiecților o recompensă, a cărei valoare diferă în funcție de locul ocupat de fiecare participant la sfîrșitul competiției. Recompensa cu valoarea cea mai mare revine cîștigătorului. Se pare că modelul recompensei diferențiate își are originea în lupta de supraviețuire pe care omul a trebuit să o ducă în cursul evoluției sale. Efectele competiției sînt multiple și depind de individ, de ceilalți indivizi, de natura sarcinii care trebuie îndeplinită, de recompensă etc. Ele pot fi benefice, dar și dăunătoare. Într-o competiție, nivelul de activare și motivare este ridicat, fapt ce duce la îmbunătățirea rapidității în

performanţă, deci a cantităţii, dar nu şi a calităţii, care este dependentă de relaţia dintre activare şi aptitudine (JULIAN, 1968). Dacă o activare crescută poate determina o îmbunătăţire a performanţei în sarcini simple, ea

Foto : Gianni Capitani

poate duce la o înrăutăţire a acesteia în cazul unor sarcini complexe, cum ar fi rezolvarea problemelor. Competiţia de grup poate determina stabilirea unor relaţii de prietenie şi o mai bună comunicare între membrii grupului. La nivelul persoanei, situaţia de competiţie poate duce la apariţia unor stări anxioase şi de panică, a sentimentului de eşec, precum şi a diminuării stimei de sine. Competiţia, din perspectiva individului, este justificată de doi factori principali : nevoia de apreciere (cîştigătorului i se recunosc merite, este lăudat, se lărgeşte aria relaţiilor lui sociale etc.) şi recompensa, care poate fi extrinsecă, dar şi intrinsecă, atunci cînd individul devine propriul său competitor.

510. **COMPETIŢIE A AFERENŢELOR** ● Proces neuro-fiziologic de filtrare a informaţiilor, la diferite niveluri ale căilor senzoriale (receptori, formaţie reticulată, talamus). Prin acest proces, se selectează pentru segmentele superioare ale sistemului nervos central numai impulsurile semnificative din punct de vedere informaţional, reglîndu-se astfel pragul de excitabilitate al structurilor nervoase implicate în procesul informaţional. Acest prag poate fi scăzut, determinînd psihologic starea de iritabilitate, întîlnită în nevroze sau în unele dizarmonii, psihoze afective sau poate fi crescut, în melancolie, schizofrenie.

511. **COMPLEX** (cf. lat. *complexus* „legătură, înlănţuire, îmbinare") ● Termenul este specific limbajului psihanalitic şi desemnează un ansamblu sistematizat de reprezentări şi amintiri cu puternică valoare sau semnificaţie afectivă, ansamblu parţial sau total inconştient.

Termen îndrăgit de psihanalişti şi, în măsură şi mai mare, de cei care nu cunosc în suficientă măsură această teorie, vehiculat cu uşurinţă în limbajul curent, pentru a motiva anumite atitudini ale unui subiect la un moment dat, reprezintă un fel de explicare a ceea ce s-a întîmplat, în condiţiile necunoaşterii cauzei reale sau a imposibilităţii de a explica altfel evenimentul.

„Teoria complexelor" a avut darul de a explica, mai pe înţelesul tuturor sau al mai multora, unele manifestări ale psihismului, pentru care astăzi toate şcolile de psihiatrie din lume au cu totul alte explicaţii. Această teorie a marcat un jalon în lungul drum al cunoaşterii fiinţei umane, dar — aşa după cum Laika nu a fost ARMSTRONG şi nici ARMSTRONG n-a avut ultimul cuvînt în cunoaşterea spaţială — trebuie să acceptăm că ea a reprezentat numai o etapă istorică pentru psihiatrie, continuînd să-i atragă doar pe amatori.

De altfel, deşi psihanaliza nu recunoaşte decît cîteva complexe, în Dicţionarele de Psihanaliză şi Psihotehnică (MARYSE CHOISY), în revista „Psyche", au fost descrise aproximativ 50 de complexe (mari şi mici), fapt care justifică încercarea noastră de a acredita un nou complex — COMPLEXUL COMPLEXELOR, întîlnit la FREUD. Acesta (fapt ce poate surprinde) a avut reticenţe în ceea ce priveşte teoria complexelor, recunoscînd numai utilitatea teoretică şi practică a asociaţiilor verbale şi considerînd termenul de complex „...drept un cuvînt comun, cu o valoare mai mult descriptivă şi mai puţin explicativ-interpretativă...", el susţine că „...noţiunea de complex tinde să acopere un cîmp mai larg de fapte şi fenomene...".

A nega însă valoarea istorică a teoriei complexelor ar fi o greşeală la fel de mare ca negarea

oricărei teorii sau ipoteze dintr-un domeniu care nu este încă pe deplin elucidat. În concepția psihanaliștilor, complexele constituie o sursă de motivații, în special inconștiente ; dacă aceste motivații se deformează prin nerezolvare, atunci ele determină manifestări simptomatice specifice, cu efect negativ în adaptarea individului la mediu. În patologia psihiatrică, maladiile în care complexele apar într-o formă morbidă sînt nevrozele. Psihanaliza, ca încercare de explicare profundă a psihismului, consideră că, în sensul lor originar, complexele nu sînt în mod necesar sursă de conflict, de eșec, de simptom. Menționăm, de asemenea, faptul că psihanaliza nu a rămas singura încercare de explicare a psihismului și a manifestărilor sale, ci reprezintă doar una dintre explicațiile posibile. Ea consideră că originea complexului se află în relațiile interpersonale, în special în acelea din perioada copilăriei. Într-un complex se pot manifesta toate nivelurile psihologice : emoțional, atitudinal, comportamental, adaptativ etc. (PONTALIS și LAPLANCHE).

Termenul de „complex" a fost utilizat și analizat în special de școala psihanalitică de la Zürich (BLEULER și JUNG). JUNG vorbește despre „complexele afective", care aparțin inconștientului individual, în timp ce arhetipurile aparțin inconștientului colectiv (și arhetipurile se pot manifesta sub forma unor complexe personificate, devenind atunci asemănătoare unor „personalități parțiale independente"). Tot JUNG folosește expresia de „conținuturi constelate", care răspund unor complexe cu energie specifică proprie. Prin constelație autorul înțelege o situație de experiență particulară, care mobilizează în individ anumite conținuturi ; constelația acționează spontan, involuntar, fără ca subiectul să se poată apăra. JUNG definește complexul afectiv ca fiind o „imagine emoțională vie a unei situații psihice încheiate, imagine incompatibilă cu atmosfera și atitudinile habituale conștiente". Complexele ar fi un fel de „personalități parcelare" (JUNG împrumută ideea de la JANET și M. PRINCE), care în vise și în psihoze, se manifestă direct (se „personifică"), nefiind supuse cenzurii. La omul primitiv, complexele nu sînt psihologizate ; primitivul le resimte ca pe entități în sine și le conferă o forță „demoniacă" de posesiune. După E. RÉGIS și A. HESNARD, complexele (ca sisteme de imagini și amintiri reprezentînd o forță a psihismului inconștient) pot determina manifestări și atitudini conștiente, deci pot deveni cauze. Complexele se compun din : reprezentări, elemente intelectuale, elemente de experiență senzorială, elemente motorii (de exemplu, tendința la act) și elemente afective, acestea din urmă fiind cele mai importante. Originea complexelor se află în primele incidente din viața independentă a individului, perioada copilăriei fiind marcată de o puternică receptare afectivă. CH. BOUDOUIN plasează complexele între instinct și latura superioară a psihismului, afirmînd că „în orice complex sînt reprezentate mai multe instincte" și invers, „marile instincte sînt reprezentate în fiecare dintre marile complexe" FREUD este însă rezervat in ceea ce privește noțiunea de „complex".

PONTALIS și LAPLANCHE consideră că noțiunea de complex ar avea trei sensuri existențiale :

- sensul original, referitor la anumite lanțuri asociative fixe ;
- sensul general, referitor la un ansamblu de trăsături personale, mai mult sau mai puțin organizate, cu accent pe componentele cu valoare esențial afectivă ;
- sensul strict, cel păstrat de FREUD, și care se referă la complexul Oedip, desemnînd o structură de bază a relațiilor interpersonale familiale și modul în care persoana se plasează în cadrul acestei structuri.

CH. BOUDOUIN face următoarea clasificare a complexelor :

- complexele obiectuale, au la origine tendința de a poseda un obiect exterior (complexul Cain, complexul Oedip, complexul de distrucție sau sadic-anal, complexul spectacular) ;
- complexul Eului : subiectul este centrul preocupărilor sale (complexul de mutilare sau complexul de castrare, complexul Diana) ;
- complexele atitudinale — atitudini față de un mare număr de obiecte, care au la bază cele mai diverse tendințe (complexul de sevraj, complexul retragerii).

Legătura între complexe. Se consideră că nici un complex nu este izolat ; de obicei, cînd se analizează un simptom sau o tulburare, se constată că ea trimite la un complex anume. Dar există totdeauna o convergență de cauze și aceste cauze, afirmă CH. BOUDOUIN, pot aparține unor complexe diferite, al căror punct de tangență îl reprezintă simptomul (de pildă, se poate întîlni o convergență între complexul Cain și complexul Oedip, în cazul în care ostilitatea oedipiană față de mamă se trans-

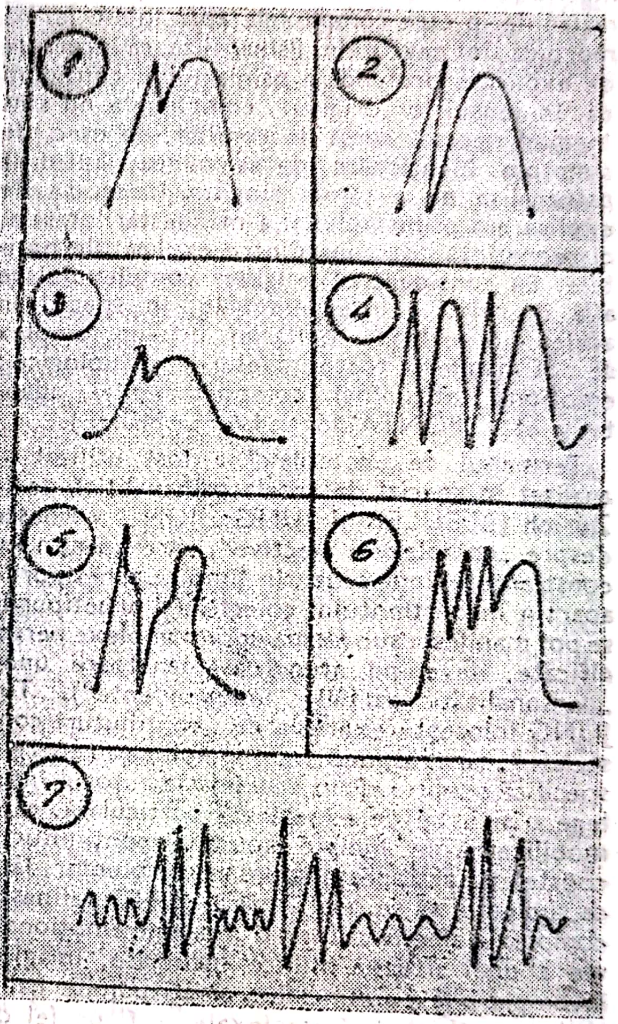
Scanned with OKEN Scanner

feră asupra surorii). CH. BOUDOUIN consideră că asocierile între diversele complexe sînt declanşate, în special, în situaţii particulare noi, survenite în perioada copilăriei. Menţionăm că termenul de complex, precum şi toate complexele* descrise de diverşi autori sînt specifice teoriei psihanalitice, care încearcă o explicare a manifestărilor psihice luînd în consideraţie şi motivaţiile inconştiente. Psihanaliza nu reprezintă o explicare exhaustivă a omului, după cum psihologia, ca ştiinţă a motivaţiei, nu se reduce la o singură categorie de motive.

512. COMPLEX(D) *delir* ● Delir numit astfel de GUIRAUD, care îi adaugă şi adjectivul de simptomatic, deoarece îi poate recunoaşte originea exogenă (alcoolism, pielonefrită, infecţii prelungite). Temele delirante nu sînt legate de amintirile din timpul stării onirice, luînd o alură expansivă şi fantastică foarte precoce. Delirul se organizează în cîteva zile şi se şterge într-un interval de timp ceva mai lung, luni sau chiar pînă la un an. Uneori dispare brusc. Unii autori preferă pentru această formă de delir, termenul de delir sistematizat post-oniric.

513. COMPLEXE EEG ● Reprezintă elemente grafoelectrice de mare valoare diagnostică. Morfologic, se compun din două elemente: un vîrf şi o undă — dispuse după regula: vîrful precedă unda. În funcţie de morfologia, frecvenţa, amplitudinea şi periodicitatea celor două elemente componente, se realizează următoarele tipuri de complexe:

- *complex vîrf-undă tipic*: format dintr-un vîrf rapid situat pe partea ascendentă a unei unde lente (realizează, mai mult sau mai puţin, aspectul literei M), frecvenţa 3 c/s, generalizat şi simetric, bisincron. Este caracteristic epilepsiei de „tip petit mal" (PM) (1).
- *complex vîrf-undă atipic*: format dintr-un vîrf bifazic şi o undă lentă, frecvenţa 2,5—3,5 c/s; poate apărea izolat, localizat (în epilepsii jacksoniene, la unii nevrotici şi personalităţi dizarmonice) şi generalizat, în perioada critică din PM şi intercritic în „grand mal" (GM); — (2).
- *complex vîrf-undă lent*; format dintr-un vîrf şi o undă lentă este semnul caracteristic al degradării psihice. Prezent în epilepsiile motorii minore şi în PM; (3).



Complex EEG

1 – Complex vîrf-undă tipic; 2 – complex vîrf-undă atipic; 3 – complex vîrf-undă lent; 4 – complex vîrf-undă rapid; 5 – complex vîrf-undă degradat; 6 – complex polivîrf-undă; 7 – complex periodic repetat.

- *complex vîrf-undă rapid*: format din vîrf rapid şi undă rapidă. Cu semnificaţii minore în diagnosticul epilepsiei. După alţii, ar avea o valoare modestă, prin prezenţa sa cvasiconstantă în schizofreniile catatonice; — (4).
- *complex vîrf-undă degradat*: format din aceleaşi elemente — vîrf şi undă, fiecare

---

* În lucrare sînt prezentate următoarele complexe (→): ABANDON, AUTORITATE, CAIN, CASTRARE, CLYTEMNESTRA, DEMOSTENE, ELECTRA, EŞEC, FEDRA, FEMINITATE, GRISELDA, INFERIORITATE, IOCASTA, MASCULINITATE (sin. DIANA), MATERN, MEDEEA, OEDIP, ORESTE, PARENTAL, PATERN, PUTERE, SEVRAJ, SOACRA-NORA, SUPERIORITATE.

putînd avea însă o morfologie modificată, datorită tratamentului anticonvulsivant. Deci, este unul dintre complexele descrise mai sus, modificate, „degradate" de tratamentul anticonvulsivant ; (5).

- *complex polivîrf-undă* : format dintr-o grupare de vîrfuri (3—5) rapide și o undă lentă. Se intîlnește în PM generalizat, iar valoarea lui semiologică și de diagnostic este în PM mioclonic ; (6).
- *complex periodic repetat* (RADERMECKER) : format din grup de vîrfuri și unde lente foarte ample, 300—400 V, cu durata de 0,5—3 s, sincrone în toate derivațiile, cu periodicitate de 8—16 pe minut, cu distanță inegală între complexe. Este caracteristic pentru epilepsiile maligne ale sugarului, panencefalita sclerozantă subacută (PESS), leucoencefalita sclerozantă subacută Von Bogaert ; extrem de rar întîlnite în clinica psihiatrică, dar atît de caracteristice grafoelectric încît recunoașterea nu poate fi ratată (schițează imaginea unui bulevard cu blocuri de aceeași înălțime dispuse din loc în loc.) (7).

514. **COMPLEXE**(H) *halucinații* • Halucinații alcătuind o structură halucinatorie complexă, definite, în opoziție cu cele elementare, ca fiind formate din mai multe senzații, care aparțin unui singur analizator sau mai multor analizatori ; de exemplu, în cazul halucinațiilor auditive — halucinațiile verbale sau muzicale ; în cazul halucinațiilor vizuale — halucinațiile cinematografice.

515. **COMPLEZENȚĂ SOMATICĂ** (fr. *complaisance*) • Termen psihanalitic referitor la alegerea organului la nivelul căruia se produce convertirea conflictului intrapsihic pe plan somatic. Procesul de conversie se produce la nivelul unui organ care prezintă o „predispoziție", în sensul semnificației pe care organul respectiv o are pentru individ ; de aici rezultă calitatea de „punct de sprijin" și importanța disfuncționalității acestui organ și, mai ales, importanța pe care afișarea acestei disfuncționalități o are pentru cei din jur. Complezența somatică se referă și la căutarea inconștientă de a obține satisfacții, avantaje, beneficii prin intermediul bolilor. În afecțiunile psihosomatice, complezența somatică apare ca o „prelucrare" și „utilizare" nevrotică a simptomelor de la nivelul diferitelor organe.

516. **COMPLIANȚĂ** (engl. *compliance* „supunere") • Noțiune referitoare la adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării sale de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață, ca și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic. HIPPOCRATE atrăgea atenția că pacientul „minte adesea atunci cînd afirmă că a luat medicamentele prescrise". Odată cu sporirea arsenalului terapeutic, ca și cu creșterea „informației medicale libere", complianța a scăzut, ajungînd, după unii autori, doar pînă la 1/10 din recomandările făcute de medic. Numeroși factori sînt incriminați în „non-complianță". Dintre aceștia vom menționa ca principale următoarele grupe : factori legați de trăirea bolii și de înțelegerea sa intelectuală de către bolnav ; factori legați de relația medic-bolnav ; factori legați de tipul tratamentului ; factori legați de anturajul bolnavului. Dintre factorii legați de boală menționăm : diagnosticul, gravitatea, morbiditatea, evoluția, durata, iar dintre cei legați de tratament : existența unor produse cu acțiune prelungită, durata tratamentului, numărul de medicamente, frecvența crizelor și dimensiunea dozelor, prezența efectelor nedorite.

Relația medic-pacient poate fi un factor de creștere a complianței atunci cînd există o optimizare a modului de comunicare, anterioară deciziei terapeutice și prezentării ei bolnavului, dar și un factor cu efect opus, ori de cîte ori programul terapeutic este prezentat fără o „personalizare", ca un ordin dat de pe o poziție de superioritate.

În psihiatrie, lucrurile sînt cu atît mai complicate, cu cît boala are o semnificație mai profundă pentru subiect, creîndu-i un grad de neliniște reactivă care îl poate depăși pe cel dat de afecțiunea ca atare. Evoluția cronică și existența unei patologii reziduale, uneori imposibil de abordat terapeutic, sînt surse suplimentare de non-complianță. DAVIS relevă existența unui raport pozitiv între gradul de încredere pe care bolnavul îl are în medic și complianța terapeutică. Acest raport este și mai net atunci cînd terapeutul reușește să scadă tensiunea psihică a bolnavului în timpul consultației și să expună unele opinii neechivoce în legătură cu boala pacientului.

După HAYNAL A. și SCHULZ P. (1983) strategiile posibile pentru ameliorarea complianței ar fi următoarele :

Fără să poată fi epuizată, problema complianței rămîne de stringentă actualitate, fapt subliniat și de datele surprinzătoare pe care le oferă studiile experimentale. Astfel, TAG-

Tabel nr. XXXIX

Strategii utilizate pentru ameliorarea complianței	Randamentul strategiilor	Eforturi necesare din partea terapeutului
Verificarea modului de complianță a bolnavului	• crescut	• puțin importante
Determinarea prospectivă a complianței bolnavului	• crescut	• puțin importante
Instruirea bolnavului cu privire la boală și tratament	• mediu	• medii
Modificarea reprezentărilor bolnavului asupra bolii	• crescut	• medii
Explicarea în detaliu a tratamentului	• mediu	• puțin importante
Ameliorarea relației medic-bolnav	• crescut	• medii

GARTA, JOHNSTON G. și Mc DEVITT O., au demonstrat că priza unică este mai greu acceptată (deci non-complianță) decît priza multiplă (trei sau chiar mai multe administrări pe zi), deși aparent lucrurile ar trebui să se petreacă invers.

517. **COMPLUTINE AZUL**(MC) Spania • Produs terapeutic, conținînd două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :
- • PERFENAZINA(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- • DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Acțiune sedativ anxiolitică.

518. **COMPLUTINE ROJA**(MC) Spania • Produs terapeutic, conținînd două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :
- • FENELZINA(M) — timoanaleptic, derivat hidrazinic (IMAO) ;
- • DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Acțiune antidepresiv-sedativă.

519. **COMPORTAMENT** (fr. *comportament* ; cf. lat. *comportare* „a transporta") • În sens larg, termenul desemnează ansamblul reacțiilor unor ființe, ca răspuns la o situație trăită, reacții ce se formează în funcție de stimulii din mediu și de tensiunile interne ale organismului. Aceste manifestări (reacții) au o anumită direcție și un anumit scop.

În sens restrîns din punctul de vedere al behaviorismului, după A. TILQUIN (citat de R. LAFON), comportamentul este „ansamblul reacțiilor adaptative, observabile obiectiv, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimuli, de asemenea observabili obiectiv, stimuli ce provin din mediul în care trăiește respectivul organism". Comportamentul, în sens global, are trei aspecte importante : conștiința asupra situației trăite (angajarea persoanei în acțiune, cu tot ceea ce persoana simte și înțelege, modalitatea persoanei de a rezolva situația) ; manifestările general-observabile (reacții fiziologice, fizice, acțiuni, operații materiale) ; manifestările strict legate de relația persoanei cu mediul de viață.

Sinonim, pentru comportamentul înțeles în sens larg, este termenul de „conduită", care pentru P. JANET, este considerat ca obiect al psihologiei ; pentru el, toate fenomenele psihice sînt acțiuni, fiecare acțiune fiind provocată și susținută de una sau mai multe tendințe, al căror scop este de a se finaliza (exemplu : conduita așteptării, conduita succesului). După LAGACHE, conduita se referă la „ansamblul răspunsurilor semnificative, prin care ființa vie, într-o situație anume, integrează tensiunile care amenință unitatea și echilibrul organismului". Comportamentul ca formă de manifestare exterioară și observabilă a personalității, în relație cu un stimul anume sau cu o situație-stimul, este studiat, în special, de psihologia obiectivă. Dar maniera de a fi, de a acționa, de a-și modifica reacțiile specifice, proprie unui subiect anume devine o sursă reală de informații despre acel subiect numai dacă sînt realizate, fie și sub aspect ipotetic, o serie de inferențe între modalitățile de manifestare exterioară propriu-zisă și cauzele ei, întrucît semnificațiile unui gest uman sînt strîns legate de motivele sale. Considerăm că psihologia este știința motivației umane în cazul subiectului normal psihic și, de aici, a tuturor formelor de manifestare a motivelor, indiferent dacă aceste motive sînt conștiente și/sau inconștiente, cu condiția ca ele să rămînă în cadrul normalității.

520. **COMPORTAMENT** — *tulburări* • Abateri de la normalitatea ansamblului de manifestări obiective, direct observabile, ale indivizilor față de mediul în care trăiesc, putînd avea expresii diferite, în funcție de circumstanțele

complexe care le generează (vîrstă, raportul în care se află pulsiunile și motivațiile în cadrul structurii personalității, gradul de constrîngere pe care-l exercită mediul, cadrul psihopatologic).

Termenul s-a impus prin intermediul literaturii psihiatrice de limbă engleză, cîștigînd în concurența cu sinonimul francez : tulburări de conduită. Avînd avantajul de a fi accesibil publicului larg (care îi atribuie sensul de boală psihică), acest termen lasă să se înțeleagă că s-ar putea vorbi de o adevărată semiologie comportamentală care ar putea îngloba, la prima vedere, tot ce este anormal și accesibil observațiilor noastre, în modul în care oamenii își exteriorizează viața psihică. După cum observau POROT și PELICIER, imaginea ar fi însă falsă și mai ales superficială, alcătuită dintr-un amalgam de expresii care, deși pot fi asemănătoare, sînt, de fapt, rezultatul unor fenomene psihopatologice diferite. Nepunînd deci semnul egalității între tulburările de comportament și o semiologie a comportamentului (riscul de generalizare a tot ce înseamnă exprimare obiectivă ar dăuna aprofundării implicațiilor afective, voliționale etc. din cadrul manifestărilor patologice ale psihismului, în ansamblul său), admitem alături de alți autori (CRAMER, KERBIKOV, PREDESCU) că termenul trebuie utilizat pentru stadiul prepsihopatic, pentru perioada de constituire a terenului psihopatic (structurarea dizarmonică a personalității), mai ales de tip marginal → PSIHOPATIE.

Mai discrete sau mai evidente, provenind dintr-un deficit de atenție, memorie sau intelect, tulburările de comportament afectează, în final, activitatea relațională, pînă la nivelul său etico-moral, neajungînd însă la gradul de generalizare și de stabilitate pe care îl are personalitatea structurată dizarmonic (despre care se poate vorbi, în general, peste vîrsta de 18 ani, atunci cînd definitivarea procesului de formare a personalității a avut loc). Pubertatea, adolescența reprezintă perioade decisive în conturarea trăsăturilor specifice fiecărui individ în parte, situație în care nu se poate stabili un paralelism între gravitatea unor tulburări comportamentale și tulburarea psihică (eventual boală) a cărei expresie sînt. Astfel, o tentativă suicidară, o fugă, un act de violență sînt, cel mai adesea, mai mult expresia unui dezechilibru psihologic, îndeosebi afectiv, sau o modalitate inadecvată de exprimare a unei opoziții, decît expresia unei trăiri patologice elaborate.

Afirmația lui HUNTER că „adolescența este o perioadă a anormalităților normale" pune în evidență gradul înalt de dificultate a încercării medicului psihiatru de a stabili semnificația și de a cîntări valoarea ne/patologică a unei tulburări comportamentale, în condițiile în care el trebuie să țină seama de contextul general al timpului în care trăiește și să încerce să uite „diferența" dintre generații. „Astăzi tineretul iubește luxul. El are obiceiuri rele, disprețuiește autoritățile, nu-i respectă pe cei bătrîni și pălăvrăgesc în loc să lucreze. Tinerii nu se mai ridică în picioare atunci cînd intră în cameră cineva mai în vîrstă decît ei, își contrazic părinții, vorbesc cu emfază, înfulecă la masă, își tiranizează rudele". Aceste cuvinte, dacă nu ar aparține lui SOCRATE referindu-se la decadența tineretului atenian, ar putea foarte bine să fie luate drept descriere a adolescenților de azi. Cele două milenii care ne separă de autorul lor, ne obligă să ne alăturăm lui, dar ne fac să păstrăm circumspecția necesară față de acest „normal patologic", pe care adolescența îl reprezintă.

Comportamentele suicidare (tentative și amenințări cu suicidul, acte suicidare propriu-zise) sînt foarte frecvente în adolescență (PASCALIS, 1970, le condsieră a doua cauză de deces la această vîrstă), sînt determinate, în imensa lor majoritate, reactiv (frustrări emoționale pe plan familial, erotic etc.) și sînt caracterizate prin rapiditatea trecerii la act, superficialitatea aparentă a motivațiilor, preferința pentru autointoxicațiile medicamentoase, raritatea unei patologii psihice veritabile asociate (QUIDU, 1977). „Mesajul" pare a exprima mai degrabă o nevoie de afecțiune, recunoaștere și înțelegere din partea anturajului, o dorință de autovalorizare și identificare. Repetarea unor asemenea „acte de curaj", devine deja semnal de alarmă pentru debutul unor psihoze sua reprezintă consecința unei infirmități permanente sau a unei boli somatice cronice. Fugile reprezintă a conduită deviantă, frecventă în adolescență, încadrîndu-se, pe de o parte, în tendința naturală a psihologiei acestei vîrste (de desprindere, de opoziție, de aventură, de cunoaștere) sau, pe de altă parte, în circumstanțe patologice, care se manifestă prin această tulburare de comportament (epilepsie, oligofrenii, nevroze). Revolta crizei de adolescență se poate manifesta, de asemenea, prin fugă față de unele obligații cu contur social precis (școală, stagiu militar, loc de muncă), semnificînd o lipsă de rezistență la frustare, dar poate fi și expresia unor impulsiuni sau descărcare a unor tensiuni interioare. Cu excepția unor circumstanțe patologice care pot fi întîlnite și la alte vîrste (epilepsie, psihoze endogene), fugile adolescentului nu au o semnificație patologică majoră. „În

practică este foarte greu de deosebit fuga nepatologică de fuga reactivă patologică" (PREDESCU, 1982).

Comportamentele agresive și delincvența juvenilă („conduct disorders", cum le numesc autorii americani) reprezintă atitudini și acte susținute și repetitive, cu conținut antisocial, cu manifestări de violență și agresivitate, descărcate de obicei exploziv. Pot lua aspecte variate: acte clasice, brutalizări ale fraților mai mici sau ale prietenilor mai tineri, dispreț și ostilitate de coloratură paranoiacă (BERNARD, 1976). Delincvența juvenilă include o parte dintre aspectele arătate mai sus, precum și furt, acte de huliganism, viol, în geneza sa putînd fi incriminată imaturitatea afectivă, intelectul liminal, dezvoltarea dizarmonică a personalității; o categorie care nu trebuie neglijată este reprezentată de indivizii care au suferit agresiuni traumatice, infecțioase, toxice, cu răsunet cerebral (stări psihopatoide).

Toxicomaniile realizează o dublă deviație: psihologică și socio-culturală, prin perturbarea dezvoltării personalității adolescentului, care nu se mai maturizează și prin „marginalizarea" socio-culturală. Prăbușirea adolescentului în prăpastia alcoolismului, existența unor episoade confuzionale și suprapunerea cu alte sindroame psihopatologice fac din toxicomanii o problemă redutabilă la această vîrstă.

Plasticitatea de care dispune încă personalitatea pînă la împlinirea vîrstei (simbolice) de 18 ani este factorul care conferă expectanței valoarea principiului de certitudine, în transformarea tulburărilor de comportament în tulburări de personalitate.

521. COMPORTAMENT ANTISOCIAL • Formă de comportament deviant (delincvență) întîlnită în tulburarea personalității de tip antisocial, constînd în cronicitatea comportamentului dezadaptat, prin care se violează drepturile celorlalți. Din punct de vedere psihiatrico-judiciar, comportamentul antisocial se caracterizează prin recidivă și prin precocitatea debutului (înaintea vîrstei de 15 ani).

Simptomele predictive ale comportamentului antisocial la copil (ROBINS, 1966; WINOKUR, CROWE, 1975) sînt:

Tabel nr. XL

Simptom	*% adulți antisociali care prezintă simptomul*	*% copii care au prezentat simptomul și au devenit adulți cu comportament antisocial*
• furt	83	31
• încăpățînare	80	30
• absenteism	66	34
• fugi	65	33
• prietenii rele	56	30
• întîrzieri la întoarcerea acasă	54	30
• agresiune fizică	45	32
• ocupații utile reduse	44	32
• impulsivitate	38	35
• nesăbuință, nepăsare	35	29
• ținută neglijentă	32	34
• enurezis	32	29
• absența sentimentului de vinovăție	32	38
• raporturi sexuale premaritale	28	31
• minciună patologică	28	31
• perversiuni sexuale	18	38

Simptomele comportamentului antisocial la adult (ROBINS, 1966; WINOKUR, CROWE, 1975) sînt:

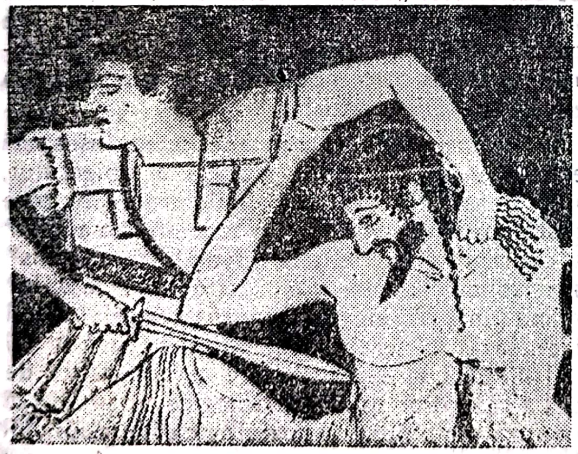
Tabel nr. XLI

Sfera de viață	*Procentul adulților antisociali cu probleme semnificative*
• tulburări la locul de muncă	85
• căsătorie nereușită	81
• dependență financiară	79

Tabelul XLI (continuare)

Sferă de viață	Procentul adulților antisociali cu probleme semnificative
• arestări	75
• abuz de alcool	72
• dificultăți școlare	71
• impulsivitate	67
• comportament sexual dezordonat	64
• adolescență dificilă	62
• vagabondaj	60
• conflictualitate	68
• izolare socială	56
• probleme în timpul serviciului militar (cei care l-au efectuat)	53
• absența sentimentului de vinovăție	40

522. **COMPORTAMENT CRIMINAL** • În sens restrîns, comportamentul autorilor de crime (omoruri și furturi calificate, atentat la moravuri și violență, delicte de furt, escrocherie, lovituri, vătămări corporale). Comportamentul criminal, ca fenomen de ansamblu, este caracterizat prin marea diversitate a infracțiunilor și a motivației lor; ca fenomen individual, poartă specificitatea subiectului și a contextului în care acesta acționează, avînd importanță din punct de vedere juridic pentru individualizarea pedepsei sau a măsurilor de siguranță menite să prevină recidiva. Criminologia studiază comportamentul criminal, factorii ce participă la formarea personalității viitorului criminal și elementele ce determină actul criminal. Teoriile genetice ale comportamentului criminal sînt eterogene, luînd în discuție factori biologici (DUPRÉ, teoria tipologică a lui KRETSCHMER), constituționali (ereditari sau cîștigați), caracteriologici (LE SENNE, LOMBROSO, care îl concepe chiar ca pe un comportament atavic), psihologici, psihodinamici (exteriorizarea unor pulsiuni inconștiente — HESNARD), sociologici (SUTHERLAND).



Oreste ucide pe Egist

Teoriile biologic-constituționale, derivate din frenologia lui GALL, al căror principal reprezentant rămîne LOMBROSO („Criminalul înnăscut"), sînt perimate prin exclusivismul lor, care ignoră participarea în constelația genetică a comportamentului criminal a factorilor sociali. JACOBS (1965), NIELSEN (1971) au oferit o ipoteză genetică, rezultată din observarea prezenței disomiei Y (XYY), în genotipul bărbaților internați în servicii psihiatrice destinate bolnavilor delincvenți (cu rata 1—2%, mai ales la cei de talie crescută, față de 1—2‰, în populația generală). Nu se poate vorbi de „un cromozom Y al crimei", pentru că formula XYY a fost observată și în cariotipul a numeroși subiecți lipsiți de orice comportament criminal, riscul pentru devianță fiind de numai 3% la purtătorii disomiei Y. Se descriu diverse tipuri de criminali, caracterizate printr-un anumit specific infracțional:

- „Normali":
  - profesioniști — apți de a evita cu abilitate represiunea legii;
  - ocazionali — actul criminal este un accident surprinzător la o personalitate aparent echilibrată, produs din necesitate, neglijență, imprudență, privațiuni;
- „Anormali":
  - oligofreni — comit orice fel de act criminal, uneori ca urmare a sugestibilității lor crescute;
  - deteriorați mintal, demenți — acte puțin elaborate, ca și oligofrenii, ce tind spre satisfacerea unor dorințe elementare;
  - schizofreni — crime bizare, uneori omor patologic, incomprehensibil, frecvent asupra membrilor familiei;
  - deliruri sistematizate, în special paranoia — crima este consecința logică a conținutului delirant al gîndirii (gelozia, persecutatul-persecutor);
  - epileptici — raptus, cu acte criminale de mare cruzime, sau în timpul unor

Scanned with OKEN Scanner

stări crepusculare postcritice ; impulsivitatea, ca tulburare intercritică, este specifică pentru comportamentul criminal ;

- personalități dizarmonice — furnizează majoritatea actelor criminale datorită polimorfismului simptomatic consecutiv dizarmoniei lor structurale, potențialului antisocial polivalent, labilității afective, consumului de alcool și droguri, care le potențează comportamentul antisocial.

523. COMPORTAMENT DISSOCIAL ● Variantă a comportamentului deviant, determinată și manifestată mezologic (subcultural) la nivel grupal (LUDWIG, 1980). Zona de manifestare a comportamentului dissocial este, prin definiție, diferită și mai extinsă decît cea a comportamentului antisocial, comportamentul dissocial fiind definit numai în raport cu norma specifică a societății din care grupul deviant s-a desprins. Trăsăturile socipatice de personalitate (constituționale) nu sînt prezente sau, în orice caz, nu sînt obligatorii la indivizii cu această formă de tulburare de comportament, care se constituie prin influențe negative socio-economice, suculturale (grupurile „boeme", beat, pop, consumatori de droguri, cu devianță sexuală consecutivă), din grupul primar deviant, prin limitarea progresivă a ocaziilor favorabile de recuperare (școli de corecție, detenții repetate). Particulatriatea grupurilor dissociale o reprezintă „comportamentul de paradă", ostentativ, la adresa convențiilor și valorilor sociale curente, ce este însoțit de consecințe judiciare, familiale, profesionale. Reintegrarea socială a acestor indivizi nu pare posibilă după vîrsta de 30—40 ani, chiar în condiții sociale favorizante, permisive și virtual recuperatorii, putîndu-se vorbi, în aceste cazuri, de o „psihopatizare" socio-genetică a personalității. Fără să constituie o specie psihiatrică ca atare și fără să poată fi negată nici preexistența unei predispoziții (nu toți subiecții din medii cu risc dissocial devin dissociali), această formă de tulburare de comportament se justifică prin mecanismul clar sociogenetic și prin formele de manifestare distincte ale comportamentului antisocial.

524. COMPORTAMENT INVESTIGATIV-ȘTIINȚIFIC (Capacitate de investigare și descoperire științifică) ● Concept fundamental în psihologia științei care desemnează activitatea, de „problem-solving", în situații problematice, impunînd determinarea variabilelor și a interrelațiilor în sisteme procesuale, obiectuale, conceptuale. Prin studii de tip genetic-formativ, au fost identificate „deprinderi științifice" și condiții de formare a acestora la diferite vîrste, o pondere însemnată revenind folosirii modelelor experimentale de tip unifactorial (pentru „sistemele bine organizate") și multifactorial (pentru cele „difuze"). Are aplicații în fundamentarea învățării „prin descoperire dirijată", în programele de antrenare a creativității, în selecția și perfecționarea cadrelor.

525. COMPREHENSIUNE (fr. *compréhension* „înțelegere" ; cf. lat. *comprehensio* „prindere, capacitate de a lega ideile") ● Termenul are cîteva accepțiuni care, deși nu sînt total diferite, implică anumite nuanțe :

În sens filozofic — act de înțelegere intuitivă, non-discursivă, a unui fenomen sau a unei semnificații. În filozofia vieții (W. DILTHEY, G. SIMMEL, O. SPENGLER, E. SPRANGER, H. KEYSERLEING), comprehensiunea este definită ca metodă specifică și adecvată științelor sociale și istorice. În opoziție cu explicația (analitică, discursivă) proprie științelor naturii, DILTHEY caracterizează comprehensiunea drept cuprindere intuitivă, sintetică și globală a sensului indivizibil pe care-l poartă faptele sociale și evenimentele istorice ; definit drept conținut al trăirilor sufletești, sensul nu este accesibil calculului rațional, a cărui analiticitate îl modifică, ci numai comprehensiunea, exclusiv ca trăire interioară sau reînviere în subiectivitate. „Natura o explicăm, iar psihicul îl înțelegem", spune DILTHEY. Alături de acesta, WEBER, SPRANGER considerau comprehensiunea ca o modalitate de cuprindere a semnificațiilor spirituale.

În fenomenologie, comprehesiunea înseamnă realizarea unei imagini globale a obiectului, prin sinteza ipostazelor unilaterale în care acesta apare subiectului, în succesiunea actelor de contemplație. Această „dezvăluire de sens" este aplicabilă mai ales acțiunilor, faptelor umane (un gest relevă personalitatea celui care-l efectuează). Această observație a permis lui K. JASPERS să evidențieze o caracteristică de bază a reacțiilor psihice patologice, și anume că tematica tabloului psihopatologic este inteligibil legată de conținutul traumei psihice. Aspectul este total absent (sau numai aparent) în psihozele endogene, unde trăirile psihotice cuprind o tematică total desprinsă de existența subiectului.

526. COMPROMIS (fr. *compromis* ; cf. lat. *compromittere*) ● În mod curent, termenul se referă la situația în care se adoptă o soluție ce reprezintă o concesie, un acord încheiat prin cedare reciprocă, o conciliere (paranoicul nu va

accepta niciodată compromisul, pentru că el nu acceptă concilierea).

În psihanaliză, compromisul apare ca rezultat al luptei ce se duce între dorinţă şi apărare, între subconştient şi conştient : dorinţa, reprezentarea refulată, care caută să revină în conştient, nu este acceptată decît cu condiţia ca ea să nu fie recunoscută (rolul de apărare). Exemplul cel mai elocvent pentru formarea compromisului este viciul : conştientul acceptă forma care, de fapt, este dorinţă inconştientă.

527. **COMPULSIE** (cf. lat. *compulsio* „constringere") ● Apariţia în gîndirea subiectului a unei idei care contrazice total convingerile sale. Ideea îl îndeamnă spre executarea unor acte fără sens, ridicole, groteşti, totdeuna încărcate de agresivitate contra subiectului sau a altcuiva. Bolnavul îşi reprezintă mintal foarte viu scena îndeplinirii acţiunii respective, dar prevede şi consecinţele ei. Actul este evitat, raţiunea bolnavului stăpînind situaţia, dar reţinerea determină nelinişte, anxietate, o insuportabilă tensiune psihică. Pentru diminuarea anxietăţii, reprezentarea mintală a actului fiind foarte puternică, apare o schiţă simbolică de gest — echivalentul a ceea ce subiectul ar fi vrut să execute — sau un substitut, un act stereotip, stanadardizat (ritual). De obicei, teama de a nu comite actul impulsiv se menţine atîta timp cît subiectul se află în situaţia de a-l putea executa ; de aceea, el ia frecvent măsuri de apărare, cu evitarea circumstanţelor favorizate. Menţionăm că executarea actului agresiv propriu-zis este excepţională şi semnifică întotdeuna trecerea barierei psihotice. Simptomul este frecvent la personalităţi dizarmonice şi în nevroza obsesivo-fobică.

528. **COMPULSIE DE REPETIŢIE** ● Din punct de vedere psihopatologic, este un proces cu origine inconştientă, constînd în faptul că persoana se plasează în situaţii dificile, repetînd experienţe vechi şi avînd o puternică impresie că ceea ce i se întîmplă este motivat în prezent şi că nu există un prototip al acestor experienţe. În teoria lui FREUD, compulsia de repetiţie este considerată un factor autonom, care nu depinde de o situaţie conflictuală (nu decurge dintr-o dinamică conflictuală), ceea ce intervine în acest caz fiind un joc între principiul plăcerii şi principiul realităţii. Acest factor se raportează la caracterul conservator al pulsiunilor. FREUD se referă la compulsiunea de repetiţie în „Dincolo de principiul plăcerii", discuţia asupra termenului, a accepţiunii sale şi a delimitărilor necesare implicînd trimiteri la alte noţiuni de psihanaliză : pulsiune, pulsiunea morţii, principiul plăcerii. În confruntarea psihanalizei cu fenomenele de repetiţie, se conturează două categorii de fapte : în primul rînd, anumite simptome, cum sînt ritualurile obsesionale, şi în al doilea rînd, semnificaţia psihanalitică a simptomului, constînd în reducerea deghizată a unui conflict trecut (conţinuturile refulate tind să se reintoarcă în prezent, sub formă de vise, de simptome, de „mise en acte"). Transferul, în cadrul curei psihanalitice, realizează actualizarea conflictului în relaţia cu analistul — repetiţia transferenţială. În nevroza de destin (ca formă de existenţă caracterizată prin revenirea periodică a unor evenimente identice, nefericite, revenire pe care subiectul o resimte ca efect al unei fatalităţi exterioare), originile inconştiente ale manifestărilor trimit la compulsia de repetiţie. Faptul că nevroticul reproduce şi repetă în transfer diverse împrejurări şi situaţii afective, de cele mai multe ori neplăcute, nu îi este în exclusivitate specific ; există persoane care au impresia că ceva malefic se manifestă în tot ceea ce li se întîmplă. Psihanaliza consideră că acest lucru nu are un determinism în exterior, ci se leagă de o dinamică a inconştientului, de anumite influenţe suportate de subiect în perioada primei copilării. De pildă, sînt persoane cărora li se întîmplă să eşueze mereu în anumite acţiuni sau ale căror prietenii sfîrşesc totdeuna prost, sau, persoane care simt în permanenţă nevoia de a idealiza pe cineva, iar cînd idealul le dezamăgeşte îşi găsesc altul ; există bărbaţi ale căror atitudini faţă de femei se repetă şi ajung la acelaşi rezultat. Acest „retour éternel du même", spune FREUD, îşi găseşte explicaţia în măsura în care persoana în cauză are o trăsătură anume de caracter, ce provoacă un anume tip de intervenţie, de alegere, de acţiune, ceea ce favorizează aceleaşi experienţe psihice ; dar există evenimente ce se reproduc şi se repetă chiar în viaţa unor persoane pasive, care nu intervin în mod vizibil, manifest, ci doar suportă un anume tip de experienţă. Astfel, FREUD vorbeşte despre tendinţa de repetiţie ca despre un factor autonom, variabil şi sesizabil atît în cazul nevroticilor, în timpul curei analitice, în relaţia transferenţială, cît şi în cazul destinelor unor subiecţi normali (persoane la care nu există semne ale unui conflict nevrotic generator de simptome) ; tendinţa de repetiţie pare să nu ţină cont de principiul plăcerii. Pe de altă parte, aceeaşi tendinţă se poate uni cu principiul plăcerii, cu încercarea de căutare şi satisfacere directă a anumitor dorinţe. FREUD consideră că, în visele bolnavilor cu nevroză traumatică (nevroză traumatică fiind consecinţa unor mari rupturi în bariera de defensă, după opinia sa)

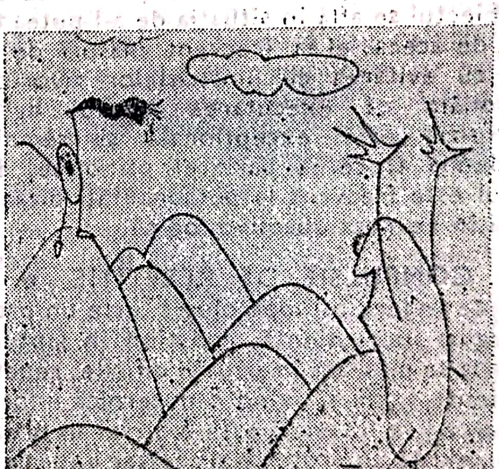
vise care au drept scop readucerea subiectului în situaţia provocatoare de traumă, intervine în situaţia provocatoare de traumă, intervine tendinţa de repetiţie, ca tendinţă primitivă, anterioară principiului plăcerii ; în acest sens, visele nu reprezintă o realizare a dorinţelor, întrucît intervenţia principiului plăcerii necesită o perioadă preliminară : evocarea a ceea ce a fost uitat şi refulat. FREUD face o distincţie între manifestarea tendinţei de repetiţie din jocul copilului şi aceeaşi manifestare la adult, în raport cu principiul plăcerii. La copil, reproducerea şi repetarea unei situaţii dezagreabile (rezolvarea evenimentului neplăcut ; vezi jocurile de sevraj cu valoare cathartică şi terapeutică) nu este unica posibilitate ; copilul repetă şi reproduce şi situaţii plăcute, ţinînd, de exemplu, să i se repovestească exact, cu aceleaşi amănunte, istorii care i-au fcăut plăcere. Repetiţiile nu vin în contradicţie cu principiul plăcerii, repetiţia ca redescoperire a identităţii fiind o sursă de plăcere. Adultul, dimpotrivă, găseşte o satisfacere a plăcerii într-o situaţie nouă (rar un adult citeşte de cîteva ori o carte, pagină cu pagină, sau vede de cîteva ori un film pentru simplul motiv că i-a plăcut ; de obicei, aceste reluări, la adult, sînt determinate de alte motive). Tendinţa care îndeamnă adultul la reproducerea unor evenimente din copilărie este independentă de (dincolo de) principiul plăcerii ; se produce un fenomen de regresie, evidenţierea unei legături între ceea ce s-a refulat şi anumite experienţe din prima copilărie presupunînd, din partea subiectului, o modalitate infantilă de comportare ; aceste experineţe infantile sau, mai precis, evocarea lor arată că ele sînt incompatibile cu procesele secundare. Tendinţa de repetiţie în cadrul curei (repetiţia transferenţială) poate constitui la un moment dat, un obstacol în tratament, mai ales spre final, cînd pacientul trebuie să se detaşeze de terapeut. Tendinţa de repetiţie se leagă, în sfîrşit, de impulsiunile instinctive. Instinctul este un factor de conservare, ce tinde să reproducă o stare anterioară : toate instinctele se manifestă prin încercarea de a reproduce ceea ce a existat deja ; fiinţa vie, la nivelurile ei elementare de existenţă, tinde să rămînă imuabile, să ducă o viaţă uniformă, în condiţii invariabilă. Dar realitatea exterioară este variabilă, astfel încît instinctele, conservatoare prin natura lor, sînt obligate să asimileze aceste modificări din afară şi să le conserve, în vederea repetiţiei. Astfel, FREUD va lega tendinţa de repetiţie de instincte, de caracterul lor regresiv.

PONTALIS şi LAPLANCHE citează pe Edward BIBRING, care propune o distincţie între tendinţa repetitivă aparţinînd Sinelui şi tendinţa restitutivă, funcţie a Eului. Astfel, tendinţa repetitivă este independentă de principiul plăcerii (în măsura în care experienţele repetate sînt agreabile sau dezagreabile) dar nu se opune, cu necesitate, acestui principiu. Tendinţa restitutivă este o funcţie care încearcă restabilirea situaţiei anterioare traumatismului, deci fenomenele de repetiţie sînt folosite în beneficiul Eului. În acest sens, BIBRING distinge :

- mecanisme de apărare în care Eul rămîne sub influenţa compulsiei de repetiţie, fără a soluţiona tensiunea internă ;
- procese de abreacţie, în care excitaţia se descarcă imediat ;
- mecanisme de degajare, ce dizolvă progresiv tensiunea, schimbînd condiţiile interne, care au provocat-o.

529. **COMUNE**(II) *halucinaţii* (cf. lat. *communis*) ● Tip de halucinaţii psihosenzoriale auditive, cărora bolnavul le atribuie modalităţi de producere bine definite, raportînd conţinutul acestora la o anumită sursă (obiect sau fenomen). Termenul este rar folosit, întrucît semnificaţia sa psihopatologică este extrem de redusă.

530. **COMUNICARE** (cf. lat. *communicare* „a împărţi, a împărtăşi ceva") ● Proces complex, care face posibilă interacţiunea socială dintre



indivizii umani, implicînd transmiterea prin sisteme codificate şi limbaj, a ideilor şi sentimentelor. Comunicarea interumană nu se reduce numai la canalul verbal, ci şi la canalele informaţionale auxiliare, non-verbale. Gesturile, expresiile afectivităţii, atitudinile sînt coduri folosite în transferul de informaţie care, ca şi

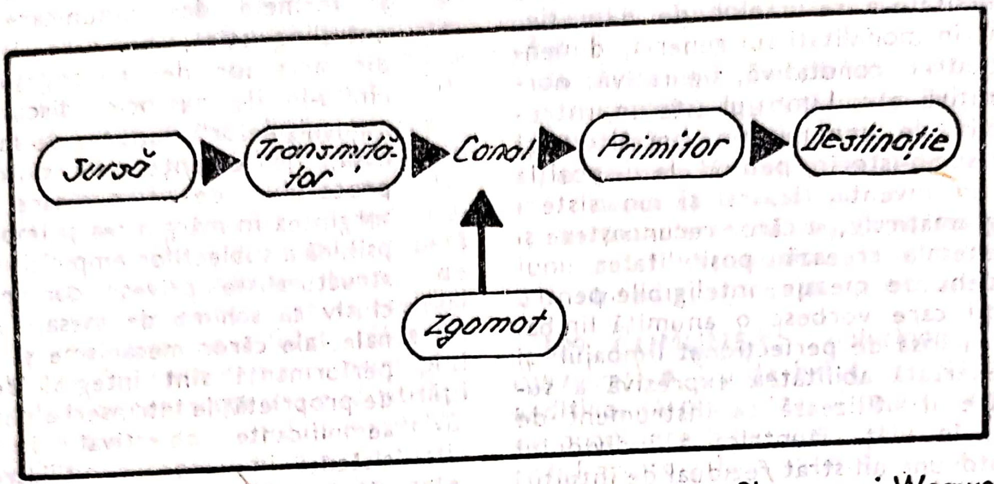
limbajul, sînt standardizate socio-cultural. Comunicarea verbală, prin care se realizează limbajul, ca funcţie de maximă complexitate a psihismului, cu care acesta este, după cei mai mulţi autori, unitar. Limbajul, ca principal mijloc de comunicare interumană, presupune o mare diversitate a resurselor de expresie, care îmbină, în modalităţi sui generis, dimensiunea denotativă, conotativă, figurativă, normativ-imperativă etc. Limbajul este un instrument obiectiv de comunicare, constituit şi condiţionat socio-istoric, punînd la dispoziţia indivizilor un inventar lexical şi un sistem de reguli gramaticale, a căror recunoaştere şi utilizare generală creează posibilitatea unui schimb eficient de mesaje, inteligibile pentru toţi subiecţii care vorbesc o anumită limbă.

Oricît ar fi însă de perfecţionat limbajul şi oricît de exersată abilitatea expresivă a subiecţilor care îl utilizează ca instrument de comunicare, în viaţa lăuntrică a individului rămîne întotdeauna un strat rezidual de intuiţii, emoţii, conţinuturi perceptive, apetenţe instinctuale etc., care se refuză expresiei lingvistice. Controversele în jurul acestei chestiuni tind să se polarizeze :

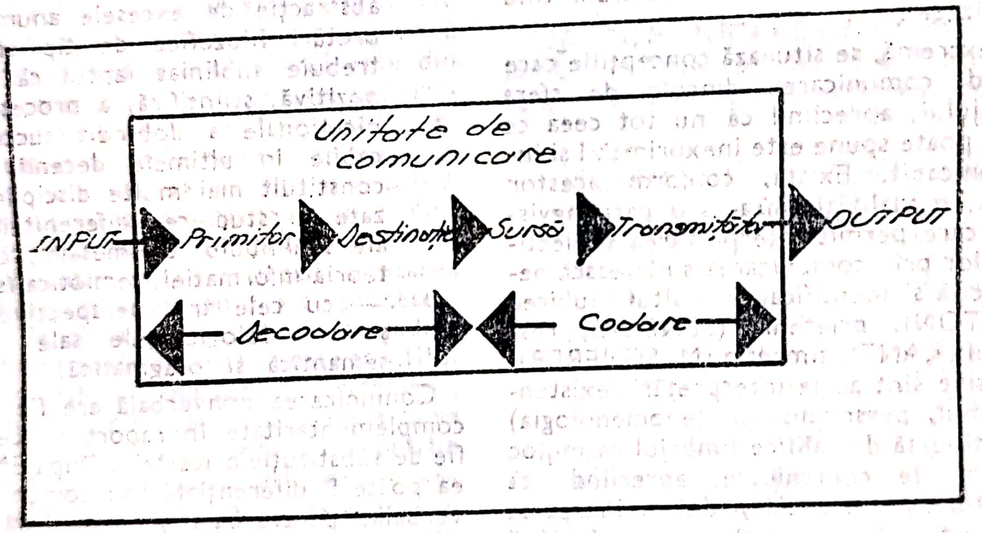
- la o extremă, se situează concepţiile care extind comunicarea dincolo de sfera limbajului, apreciind că nu tot ceea ce nu se poate spune este inexprimabil şi incomunicabil. Există, conform acestor teorii, modalităţi infra- sau paralingvistice, care permit interpretarea subiectivităţilor prin comunicarea sufletească nemijlocită şi identificare cu altul : iubirea (PLATON), prietenia (SENECA), respectul (KANT), simpatia (M. SCHERER). Excesive sînt acele interpretări (existenţialismul, personalismul, fenomenologia) care tind să descalifice limbajul ca mijloc eficient de comunicare, apreciind că structura sa raţională şi determinarea sa social-istorică sînt instanţe ce falsifică schimbul de mesaje dintre oameni, prin automatism şi convenţionalism, care anulează unicitatea ireductibilă a fiecărei persoane. Exaltînd singularitatea Eului exilat într-o lume ostilă, în care conştiinţa se înstrăinează sub asaltul clişeelor stereotipe ce şterg şi aplatizează individualitatea, reprezentanţii ontologiilor idealiste se află în faţa unei alternative precare : fie supralicitarea formelor inefabile de comunicare, ce diferă de raţiune şi limbaj, făcînd să vibreze registrele obscure, abisale şi insondabile ale personalităţii, fie postularea tăcerii absolute, ca preţ absurd al deplinei autenticităţi, al cărei atribut definitoriu devine incomunicabilitatea ;
- la cealaltă extremă, se situează teoriile structuraliste, care ignoră în mod programatic virtuţile expresive ale limbajului şi formele de comunicare empatică, extralingvistică, pe care le comunică din aria lor de investigaţie, considerîndu-le fie născociri discurantiste ale „umanismelor" minore, de factură idealistă, fie carenţe sau distorsiuni ale procesului de comunicare, ce-şi au sorgintea în mărginirea şi imperfecţiunea psihică a subiecţilor empirici. Orientările structuraliste privesc comunicarea exclusiv ca schimb de mesaje informaţionale, ale căror mecanisme şi praguri de performanţă sînt integral determinate de proprietăţile intrinseci ale structurilor semnificante, obiectivate în coduri şi sisteme impersonale, utilizarea lor de către subiectul empiric nefiind decît o acutizare aproximativă, imperfectă, ce introduce variabile aleatorii. Făcînd abstracţie de excesele anumitor interpretări filozofice de tip structuralist, trebuie subliniat faptul că investigaţia pozitivă, ştiinţifică, a proceselor comunicaţionale a dobîndit succese remarcabile în ultimele decenii, cînd s-au constituit mai multe discipline specializate în studierea diferenitelor aspecte ale schimbului de mesaje ; cibernetica, teoria informaţiei, semiotica (semiologia) — cu cele trei perspective tematice şi metodologice ale sale : sintactică, semantică şi pragmatică.

Comunicarea nonverbală are fie funcţie de complementaritate în raport cu cea verbală, fie de substituţie a acesteia. După ENĂTESCU, ea poate fi diferenţiată în : comunicare metaverbală, paraverbală şi disverbală. O serie de lingvişti (dar şi alte tipuri de specialişti) consideră psihiatria ca un cîmp de elecţie al studiilor şi cercetărilor în patologia comunicării. Mai mult, unii consideră că, în psihiatrie, nu există nimic în afara comunicării. După LANTERI-LAURA, fiecare tip de comunicare poate fi privit la două niveluri : cea nonverbală, la nivelul comportamentelor elementare şi la cel al comportamentelor elaborate ; cea verbală, la nivelul nonlingvistic şi la cel lingvistic. Componentele elementare ale comunicării ar fi mimica, gesturile, prezentarea, ţinuta, iar cele elaborate ar fi legate de conduitele orale, sfincteriene, sexuale şi sociale. Nivelul nonlingvistic se referă la folosirea relaţiei verbale (mutism, reticenţă, prolixitate, bradi- sau

tahifemie). Nivelul lingvistic ar corespunde nu numai fenomenelor de articulare, ci și construcțiilor morfosintaxice și lexico-grafice.
Ultimele decenii au adus în discuție patologia comunicării, în care, pentru psihiatrie, se



Schema unui sistem de comunicare elementar (Shannon și Weawer)



Schema unei unități de comunicare (Osgood și Sebeck)

notează un cîmp fertil de investigație. Menționăm descrierile făcute schizofreniei ca boală de comunicare, modelul deficitului de comunicare din nevroze, alexitimia, autismul infantil. Relația de comunicare cu bolnavul poate fi analizată semiologic ca atare, rămînind în sine o problemă pentru psihiatru.

531. COMUNITATE (engl. *community*; cf. lat. *communitas*) ● Termen care, în psihologia socială, desemnează ansamblul indivizilor care trăiesc în proximitate și au interese și tendințe comune, aspirații asemănătoare; relațiile dintre aceștia se caracterizează prin solidaritate în grade diferite. Comunitatea poate fi : familială, urbană, sătească, regională, națională. Prin extensie, se vorbește despre omenire ca despre comunitatea umană. Psihiatria, mai ales cea de orientare transculturală, a putut evidenția uneori o patologie comunitară sau, dimpotrivă, absența (prin acceptarea unor comportamente ca normale) unei anumite patologii, într-o comunitate dată.

532. COMUNITATE TERAPEUTICĂ ● Instituție terapeutică, pe care, în mod paradoxal, antipsihiatria, caracterizată prin existența unor determinări etiologice, biologice și intrapsihice ale bolii psihice, o propune ca alternativă terapeutică pentru determinarea socială a acesteia. Consecință a lucrărilor lui MAXWELL JONES, care a obținut rezultate deosebite la Spitalul Beaumont, în terapia foștilor com-

Scanned with OKEN Scanner

batanţi din ultima conflagraţie mondială, comunitatea terapeutică se înscrie în mişcarea mai largă, iniţiată de BELL în psihiatria engleză, de „deschidere a uşilor". După CLARCK (citat de MIRONŢOV-ŢUCULESCU) considerentele teoretice ale comunităţii terapeutice ar fi : eliberarea comunicaţiilor, analiza tuturor evenimentelor, procurarea de trăiri instinctive, aplatizarea piramidei autorităţii, întemeierea comunităţii.

Comunitatea terapeutică a fost experimentată în practică de „antipsihiatrii" britanici, ceea ce le-a adus, din partea lui TH. SZASZ, acuzaţia de inconsecvenţă. Eficienţa terapeutică a acestor comunităţi, supuse în exclusivitate regulilor grupurilor nu a atins valori semnificative decît în cazuri foarte limitate. Cu toate că eşecul comunităţii terapeutice nu mai poate fi pus de nimeni la îndoială, există în prezent un reflex pozitiv al acestei abordări, care a readus în discuţie (şi în practică) îmbunătăţirea atitudinii faţă de bolnav în spitalul clasic de psihiatrie, favorabilă practicării psihiatriei comunitare.

533. **COMUTATIV/COMUTATIVITATE** (fr. *commutatif, commutativité* ; cf. lat. *commutare* „a schimba") ● *Comutativ* : caracteristică funcţională a sistemelor de reflexe de a se adapta schimbărilor din mediu, de a răspunde diferit la acelaşi stimul, aplicat însă în situaţii diferite (cercetările lui ASTRATIAN), ceea ce a dus la ipoteza existenţei unui „reflex de ambianţă".

● *Comutativitate* : caracteristică a atenţiei, gîndirii, percepţiei, de a se deplasa de la o activitate la alta, ce intervine subit şi necesită să fie analizată şi efectuată. Această capacitate de adaptare rapidă este scăzută în stările de epuizare psihică ; depresivului îi lipseşte suportul dinamico-energetic (dar şi interesul pentru fenomenele ambientale) pentru a putea avea o comutativitate a atenţiei sau gîndirii, procese care rămîn concentrate asupra problemelor, frămîntărilor dureroase interne ; schizofrenul, detaşat de realitate, dezinteresat de ambianţă, nu sesizează necesitatea adaptativă a comutativităţii ; la maniacal, atenţia, gîndirea trec rapid de la o situaţie la alta, practic orice stimul din ambianţă atrăgîndu-l ; comutativitatea îşi pierde însă caracterul adaptativ, prelungindu-se în patologie.

534. **CONACID-D** (MC) Argentina ● Produs terapeutic conţinînd două medicamente tipizate cu acţiune diferită, care se complementează. Este compus din :

● DIPOTASSIUM CLORAZEPAT(M) – tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;

● NOXIPTILINĂ(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.

Acţiune antidepresiv-anxiolitică.

535. **CONAŢIE** (cf. lat. *conatus* „încercare, tentativă") ● Tendinţă, înclinaţie a unui subiect de a acţiona sau de a intenţiona să acţioneze. Termenul este creat de SPINOZA care îi atribuie reuniunea dintre latura afectivă şi voliţională, opunîndu-l cognitismului.

În sens psihologic, se descriu trei categorii de funcţii psihice : cognitivă (perceptivă sau intelectuală) ; emoţională ; conativă. Din ultima categorie fac parte instinctele, impulsiunile, dorinţele etc. Psihologii francezi utilizează termenul în sens de „efort" de „voinţă" — vezi aspectele afective şi conative (voliţionale) ale personalităţii. În psihiatrie, conaţia este afectată mai ales în psihozele schizofrenice şi afective, constituind şi unul dintre nivelurile la care acţionează medicamentele neuroleptice.

536. **CONCENTRARE** (fr. *concentrer* ; vezi lat. *centrum*) ● Proprietate a atenţiei de a focaliza activitatea psihică asupra unui obiect, fenomen, a unei acţiuni sau idei, în funcţie de interesul pe care acestea îl suscită. Din punct de vedere neurofiziologic, concentrarea este expresia focarului de excitabilitate optimă sau a dominanţei iar din punct de vedere psihologic, constă în depăşirea concurenţei activităţilor (H. PIÉRON) şi în asigurarea unei selecţii şi convergenţe a acestora. Profunzimea concentrării este dată de intensitatea orientării şi de organizarea activităţii atenţiei, variind direct cu gradul de mobilizare a actiivtăţii cognitive într-o direcţie sau alta, şi coincide cu cea mai înaltă rată de claritate şi adîncime a acţiunii conştiente.

537. **CONCENTRICITATE** (fr. *concentrique* ; vezi lat. *centrum*) ● Delirul de revelaţie este prin excelenţă un delir concentric, care tinde să se organizeze în jurul unei teme prevalente şi a personalităţii subiectului. ROELENS consideră că această legătură cu personalitatea delirantului este asemănătoare unui film răsturnat a ceea ce s-ar putea numi : „*reaua conştiinţă*" a senzitivului, adică, în anumite limite, exact contrariul aparent liniştitului „*modus vivendi*" al acestuia cu lumea. Delirul, proiecţie şi ficţiune, îşi structurează organizarea „poliţistă" sub imperiul acestei concentricităţi accentuate.

538. **CONCEPT** (cf. lat. *conceptus* „gîndire, concepţie, idee") ● Idee abstractă, noţiune care constituie treapta cea mai înaltă de abstractizare în reflectarea realităţii (reprezentată de concret cu multiplele sale determinaţii) în gîndire.

În sens psihologic, termenul are înțelesul de reprezentare simbolică (cu verbalizare), componentă de bază a gîndirii abstracte, reflectînd în mod semnificativ ceea ce este generic, impersonal și prin aceasta, fiind sinonim cu ideea abstractă. J. PIAGET a efectuat o analiză extrem de fină și pertinentă a gîndirii reflexive care produce acte și idei, pe baza principiilor cunoașterii și axiologiei existenței, considerînd conceptul ca pe o schemă acțională sau operațională. Dezvoltarea conceptelor este în strînsă legătură cu procesul de maturizare a subiectului și, odată cu acesta, a limbajului. Deficitul gîndirii conceptuale sau al atitudinii categoriale (după opinia lui GOLDSTEIN, VIGOTSKI și alții) caracterizează stările de deteriorare intelectuală acută sau cronică.

539. **CONCILIUM**^(M) Argentina — DCI *Benperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil) propil/-4-piperidil/-2-benzimidazolinonă, indicat în neliniștea și agitația din psihozele schizofrenice catatonice și paranoid-halucinatorii, în psihoze de involuție, manie. În afara efectelor secundare clasice ale NL incisive, trebuie menționată acțiunea sa proconvulsivantă și faptul că diminuează acțiunea L-dopa.

540. **CONCLUZIE** (cf. lat. *conclusio* „încheiere") ● Propoziție sau judecată nouă care rezultă din propoziții sau judecăți anterioare numite premise. Corectitudinea și adevărul concluziei sînt condiționate de adevărul premiselor și de corectitudinea aplicării logice în transformarea premiselor în concluzii.

Lumea atît de diversă a dizarmoniei personalităților, populată de atîtea tipuri de structuri insuficient finisate, trăiește diferit dinamicul binom „premisă-concluzie": unul va alege calea luptei pentru a convinge pe alții, sau chiar pe toți, de justețea concluziilor sale, care, susținute prea cu patos și rigoare logică, îl vor face să uite sau să nu vadă cît de greșite sînt premisele — e drama paranoiacului; altul își va etala, tot convingător, dar cu alte mijloace — fără luptă —, demonstrația savantă abandonînd-o, dacă nu reușește, și apelînd chiar la milă; și în acest caz premisele sînt greșite, iar concluzia nu se întemeiază pe prea multă logică — este scena istericului; sau o cu totul altă situație, în care premisele pot fi bune, dar nu suficient de bune pentru subiect care, de teama de a nu ajunge la o concluzie greșită consideră că nu are rost să apeleze la logică — un fel de a măsura de zece ori înainte de a croi, care se amplifică pînă într-atît, încît subiectul măsoară continuu, fără să taie vreodată — e dilema psihastenicului. Ceea ce îi unește pe toți, în ciuda diversității, nu este de fapt, decît imposibilitatea armonizării premiselor cu concluziile.

Aceeași problemă capătă alte dimensiuni într-o altă lume, cea a psihozei: maniacalul, crezînd că are toate premisele pentru a înțelege repede, se condamnă, în fond, la a nu înțelege niciodată, iar concluzia pripită are doar o șansă, aceea de a nimeri, nu de a fi o urmare logică. Schizofrenul, jonglînd cu premisele altei lumi — ale lumii sale — nu le va putea transforma logic în concluzii valabile pentru lumea reală, pe care o punctează numai prin prezența sa fizică. Paranoiacul, plecînd de la premise eronate, ca rezultat, în primul rînd, al neînțelegerii situației, dar convins că nimeni nu o poate înțelege mai bine — căci numai atunci cînd știi puțin, crezi că știi totul —, cu o logică mai mult decît riguroasă, nu va avea altă șansă decît a unei concluzii false, pe care nimeni nu o acceptă, și atunci va începe lupta pentru un adevăr existent numai pentru el, ceea ce nu-l va împiedica să lupte, netinînd seama de nici un sacrificiu, de nici o barieră, în speranța că va putea obține mîine ce nu a putut obține azi. Melancolicul, avînd numai premise monoculare și neputînd găsi altele, prin renunțare sau imposibilitatea de a căuta, nu poate avea decît o concluzie, obținută logic, din păcate: aceea de a abandona cursa și cîteodată și pe sine, ceea ce poate conduce la un final tragic. O ultimă categorie o reprezintă cel ce nu mai are nici premise nici concluzii, dar care, cu toate acestea, nu este un fericit: dementul.

541. **CONCORDANȚĂ** (cf. lat. *concordare* „a se înțelege, a se potrivi") ● În psihologie, reprezintă modul adecvat, fluent, „natural", în care se armonizează conținutul gîndirii cu fundalul afectiv pe care ea se desfășoară mimica și gestica însoțitoare, cuvintele folosite și, în general, întregul comportament, în raport cu situația concretă în care se află subiectul la un moment dat. Asigură premisele unei bune integrări în microgrup și în societate, în ansamblul ei, ale unei intercomunicări eficiente. Este legătura funcțională care asigură sistemului psihic atît o stabilitate internă, și prin aceasta o desfășurare corespunzătoare a tuturor funcțiilor psihice, cît și un echilibru cu mediul extern, care îl solicită neîncetat. Ar putea fi considerată una dintre condițiile fundamentale ale normalității psihice, fără de care coerența, coeziunea și unitatea conștiinței

și a personalității nu pot fi realizate. Neconștientizată, ca de altfel, toate procesele psihofiziologice, concordanța psihologică realizează în forma opusă — discordanța care este un element psihopatologic definitoriu pentru schizofrenie.

În psihiatrie, ca și în alte ramuri ale medicinei, concordanța în diagnostic reprezintă un aspect deosebit de important în evaluarea clinică și în aprecierea potențialului evolutiv, respectiv a prognosticului. Dacă în medicina internă sau, mai ales, în specialitățile chirurgicale, concordanța diagnostică este în mod acut solicitată de urgența instituirii tratamentului care este cu atît mai eficient, cu cît este mai circumscris etiologic, în psihiatrie expectanța acestuia nu ia aspectul de „întîrziere", de „amînare" în formularea unui diagnostic precis, ci reprezintă chiar un element de sprijin, de confirmare al diagnosticului presupus inițial. Un exemplu concludent îl oferă schizofrenia, care, în forma sa de debut, poate îmbrăca diverse aspecte sindromologice, etichetate ca „pseudo"-nevrotice, -psihopatice etc. Chiar prezența unui singur episod psihotic schizofreniform în existența unui individ nu reprezintă, în viziunea psihiatrilor de azi, confirmarea diagnosticului de schizofrenie, criteriile moderne de diagnostic tinzînd să includă din ce în ce mai pregnant factorul durată, în delimitarea nosologică a unei entități psihiatrice. La fel, drumul de la reacție la nevroză sau la dezvoltări patologice ale personalității, patologia post-partumului, a involuției etc. sînt condiții psihopatologice în care concordanța diagnosticului este o funcție avînd ca variabilă durata de timp scursă de la impactul cu trauma psihică sau de la naștere, vîrsta biologică, vîrsta cronologică etc. Sînt cazuri în care se poate stabili o concordanță diagnostică chiar în interiorul intervalului de spitalizare a bolnavului psihic (semiambulator sau într-o secție cu paturi), dar sînt și situații care necesită o urmărire continuă, susținută și atentă (metodele dispensarizării avînd un rol substanțial). Spinoasa problemă a concordanței terminologiei și, implicit, a delimitărilor nosologice în psihiatria contemporană, rămîne încă un capitol larg deschis. Asistăm la tendința perseverentă și pozitivă, practic a tuturor școlilor de psihiatrie (din Europa, S.U.A., Canada etc.), de confruntare, de punere de acord a diferitelor concepții, teorii și terminologii, în vederea realizării unei concordanțe depline, privind diagnoaticul psihiatric și statutul bolnavului psihic, efort la care orice psihiatru trebuie să se ralieze.

În statistică, termenul este utilizat mai rar, numai în studiul patologiei pe loturi de gemeni (inclusiv al afecțiunilor psihiatrice), cu referire la corelația incidenței unei boli într-un lot alcătuit din gemenii bolnavi și într-un lot format din frații gemeni ai acestora.

542. **CONCORDIN**[M] Anglia, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Italia, Olanda, Portugalia, Suedia — DCI *Protriptilină* • Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-propilamină, cu acțiune asemănătoare NORTRIPTILINEI, dar fără efecte sedative ; este indicat mai ales în depresii inhibate. Efectele secundare sînt numeroase. Nu se administrează în sarcină.

543. **CONCRET** (cf. lat. *concretus*, part. verb. *concrescere* „a crește, a se închega") • În opoziție cu abstractul, concretul, în sens filozofic, denotă unitatea sintetică a determinărilor implicate de realitatea unui obiect sau proces. Concretul senzorial se referă la reflectarea directă, intuitivă a însușirilor aparente ale lucrurilor, cunoscute superficial la nivelul percepției ; concretul logic exprimă sinteza rațională, în concepte, a abstracțiilor ce reflectă analitic proprietățile lucrurilor, reconstituind pe plan intelectual unitatea și coerența lăuntrică a determinărilor esențiale din care se întregește natura și devenirea obiectului.

În sens logic, sînt considerate concrete noțiunile exprimînd proprietăți asociate cu lucrurile sau procesele, prin care ființează un aspect ontic (de exemplu, „inteligent" sau „par" sînt noțiuni concrete, neavînd sens autonom, ci numai asociate cu un subiect pe care îl califică, în vreme ce „inteligență" sau „paritate" sînt noțiuni abstracte).

Din punct de vedere psihologic, este un atribut caracteristic noțiunilor asociate cu o reprezentare intuitivă (de exemplu, „casă", „drum", „iarbă" etc.).

În limbajul comun termenul capătă o dimensiune apreciativă, precizîndu-și semnificația în context : pentru spiritele practice, pozitive, calificativul indică o nuanță laudativă, față de ceea ce promite să sugereze o strategie decizională eficientă, pe cînd personalitățile reflexive, inclinate mai degrabă către speculație decît către acțiune, devalorizează concretul întrucît îl înțeleg doar ca pe o reflectare primară, desprinsă de sensibilitate, în care aripile gîndului sînt frînte și imobilizate de balastul reprezentărilor intuitive.

544. **CONCRETISM** (cf. *concret*) • Tendința în demersul ideativ și în comportament de a lega totul de nivelul perceptiv ; posibilitatea de abstractizare și conceptualizare apare astfel

mult redusă. La copilul pînă în 10 ani și în stările deficitare, această trăsătură este foarte accentuată.

545. **CONCRETIZARE** (cf. *concret*) ● Opusă abstractizării, are sensul de identificare a generalului într-un obiect concret, de exemplificare a unor principii generale și de reconstituire a obiectului concret din elemente abstracte. Se realizează astfel concretul logic, deosebit de concretul intuitiv.

546. **CONDENSARE** (cf. lat. *condensare* „a îndesa, a stringe") ● Concept psihanalitic desemnînd un mecanism fundamental de funcționare a proceselor primare, inconștiente, pus în evidență în travaliul de elaborare a visului (FREUD — „Interpretarea visului", 1900) și, mai tîrziu, relevat în formarea simptomelor, a actelor ratate etc. (FREUD „Psihopatologia vieții cotidiene", 1905). În elaborarea visului, fenomenul de condensare se pune în evidență astfel :

- o reprezentare unică este investită cu multiple semnificații, funcționînd ca punct nodal al mai multor lanțuri asociative ;
- mai multe elemente formează o unitate (de exemplu, un personaj compozit) ;
- mai multe imagini, în care se estompează diferențele și se mențin doar asemănările semnificative → VIS, DEPLASARE, CONȚINUT LATENT, CONȚINUT MANIFEST.

547. **CONDITION**(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

548. **CONDIȚIONARE** (cf. lat. *condicio* „condiție") ● Mecanism de învățare, care are la bază fie formarea unor reflexe condiționate (condiționare clasică pavlovistă), fie comportamentul operant reprezentat de „încercări-erori", prin care o acțiune întîmplătoare, urmată de o pedeapsă sau o recompensă, devine, prin repetare o acțiune condiționată (condiționare operantă). Condiționarea clasică pavlovistă presupune asocierea unui stimul inițial indiferent cu un stimul necondiționat. Prin repetarea asocierii și asigurarea condițiilor enumerate de PAVLOV — precedența, coincidența, repetiția, eliberarea de alți stimuli — stimulul inițial indiferent devine condiționat și produce un răspuns motor sau secretor analog cu cel determinat inițial, involuntar în raport cu excitantul necondiționat. Spre deosebire de acest tip de condiționare, condiționarea operantă presupune un comportament voluntar, acțiuni controlate cortical, și poate determina un reflex condiționat pozitiv, în cazul în care acțiunea voluntară este urmată de o recompensă, sau un reflex condiționat negativ, în cazul în care acțiunea voluntară este urmată de o pedeapsă. Ambele tipuri de condiționare reprezintă modalități elementare de învățare.

Pe baza condiționării s-au studiat nevrozele experimentale, considerate ca fiind determinate de condiționarea unor conflicte. BIKOV, continuator al lui PAVLOV, consideră că fiecare organ sau sistem poate fi instrumentul unor reflexe condiționate cu efect patologic. El introduce în medicina psihosomatică „teoria cortico-viscerală", bazată pe cercul vicios patologic care se încheie între stressul psihic și activitatea perturbată a organelor interne. Condiționarea este utilizată ca metodă de cercetare în medicina experimentală, în psihofarmacologie, iar în terapeutică psihiatrică este folosită ca tehnică de învățare, în cura de dezintoxicare etc.

O altă accepțiune a termenului de condiționare este fundamentată pe factorul social-istoric (POPESCU-NEVEANU). Se consideră că activitatea, mai ales munca productivă, ansamblul relațiilor sociale, sistemele culturii materiale, diversele forme de comunicare și ereditate specific umană, reprezintă factori ai condiționării social-istorice. Prin intermediul acestor factori, personalitatea, comportamentul, procesele psihice, conștiința sînt esențialmente dependente de dezvoltarea social-istorică. La rîndul lor, constituie factori cu o deosebită influență asupra evoluției social-istorice a subiectului. Această interrelație stabilită între om — cu toate elementele sale definitorii — și contextul social, presupune integrare și adaptare, ambele procese avînd ca bază de realizare învățarea, condiționarea.

549. **CONDIȚIONARE IMAGINATIVĂ (INTERNĂ)** ● Grup de tehnici aparținînd terapiei comportamentale, elaborată de J. CANTELA între 1960—1970, al căror scop este modificarea frecvenței de producere a unor răspunsuri prin manipularea consecințelor pe care acestea le au. Toate aceste tehnici sînt bazate pe modelul condiționării, mai ales al condiționării operante, și folosesc imaginația drept componentă principală de modificare a reacțiilor. La baza condiționării imaginative stau două principii : principiul omogenității, conform căruia toate categoriile de comportament,

Indiferent dacă este vorba de comportamente interne sau manifeste, se supun aceloraşi legi ale învăţării ; principiul interacţiunii după care diferitele categorii de comportament intern şi manifest interacţionează, iar modificarea unora atrage după sine modificarea celorlalte. CANTELA a descris cinci procedee de condiţionare imaginativă :

- *sensibilizarea internă* care urmăreşte stingerea unor comportamente neadaptative sau de natură patologică. Prin acest procedeu, o imagine avînd un puternic caracter aversiv se asociază cu imaginea comportamentului neadaptativ. Repetarea de mai multe ori a acestei asocieri va duce la stingerea răspunsului patologic. Sensibilizarea internă s-a dovedit a fi eficientă în tratamentul alcoolismului, obezităţii, tulburărilor sexuale, fumatului etc. ;
- *întărirea pozitivă internă*, care are drept scop iniţierea şi menţinerea unor comportamente adaptative. Subiectul îşi imaginează un anumit tip de comportament pe care doreşte să-l dobîndească. Imediat după ce a realizat acest lucru, urmează imaginea unei scene plăcute şi confortabile, cu trăiri emoţionale pozitive. Această a doua imagine are rolul de a întări efectuarea răspunsului dorit din prima imagine. Există cîţiva factori care influenţează eficienţa întăririi pozitive, cum ar fi : numărul mare de asocieri dintre cele două imagini, scurtarea intervalului de timp dintre răspunsul adaptativ şi întărirea lui, precum şi continuitatea întăririi pînă la dobîndirea răspunsului şi menţinerea acestuia într-o întărire intermitentă (CANTELA, 1980). Întărirea pozitivă internă este utilizată în tratamentul fobiilor, al unor stări anxioase, în modificarea atitudinilor, în unele tulburări psihosomatice (astm bronşic) ;
- *întărirea negativă internă*, care are ca scop creşterea probabilităţii de producere a unui anumit comportament. Individul îşi imaginează o scenă puternic aversivă sau faptul că trăieşte sentimente extrem de neplăcute. Terminarea scenei aversive este urmată imediat de imaginea comportamentului pe care doreşte să-l dezvolte. Numărul de asocieri libere dintre cele două imagini trebuie să fie mare, iar intervalul de timp dintre terminarea scenei aversive şi începutul răspunsului dorit, trebuie să fie cît mai mic ;
- *extincţia internă*, procedeu prin aplicarea căruia se urmăreşte stingerea unui comportament maladiv. Pacientul îşi imaginează acest comportament, dar imediat după această imagine urmează alta, din care lipseşte tocmai satisfacţia obţinută prin comportamentul problemă, cu alte cuvinte, lipseşte întărirea care-l menţine. Extincţia internă a fost aplicată în tratamentul unor tulburări ca : cecitate isterică, fobii, tulburări de dinamică sexuală, unele tulburări psihosomatice, autoagresivitate etc. ;
- *modelarea internă*, reprezentind o tehnică de transferare a modelării in vivo în planul imaginaţiei. Pacientului i se cere să-şi imagineze faptul că observă atent o altă persoană (modelul), care se comportă într-un anumit fel, într-o anumită situaţie. Modelul din imagine trăieşte din plin consecinţele comportamentului său. Modelarea internă este utilizată atît în scopul iniţierii şi menţinerii unor răspunsuri adaptative, cît şi pentru stingerea celor patologice neadaptative.

Procedeele condiţionării imaginative (interne) au o serie de avantaje faţă de alte tehnici psihoterapeutice, cum ar fi : imaginile nu sînt limitate de realitate, nu este necesară utilizarea unei aparaturi speciale, pacienţii le pot aplica singuri şi pentru modificarea altor comportamente decît cele pentru care se află în tratament.

550. **CONDRODISTROFIE FETALĂ**(B) *boală* (cf. gr. *chondros* „cartilaj" ; *dys-* element de compunere exprimînd ideea de dificultate ; *trophe* „hrană") — sin. ACONDROPLAZIE (PARROT) ; CONDRODISPLAZIE ● Afecţiune genetică cu transmitere autosomal dominantă, descrisă de PARROT în anul 1878, ulterior de KAUFMAN. Tulburarea constă în întîrzierea osificării encondrale prin absenţa zonei cartilaginoase.

Boala debutează la naştere şi se caracterizează clinic prin micromelier rizomelică (în contrast cu lungimea normală a toracelui), dismorfie craniofacială (facies de „*mops*", craniu mare, asimetric, nas „în şa"), mînă în „trident", descrisă de P. MARIE (îndepărtarea degetelor 3 şi 4), lordoză lombară, polidactilie, laxitate orbiculară. În cazurile asociate cu întîrziere psihică, aceasta este gravă. LÈRS descrie ca formă clinică hipocondroplazia care este o formă atenuată de condrodisplazie. Prognosticul este în general nefavorabil, boala nebeneficiind de tratament.

551. CONDUCERE AUTO — *permis* (cf. lat. *conducere* „a duce") ● Boala psihică poate constitui un risc atît pentru subiect cît şi pentru semenii săi ; în scopul protejării ambelor categorii s-au impus o serie de măsuri de protecţie (sau de restricţie) în cazul obţinerii permisului de conducere auto sau suspendării sale.

Alterările stării sănătăţii psihice care duc la suspendarea permisului de conducere auto sînt următoarele :

- psihozele procesuale periodice sau cronice (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, deliruri cronice, parafrenice şi paranoice) chiar în perioada de remisiune ;
- psihoze organice cronice (toxice, infecţioase, traumatice) ;
- demenţe de orice etiologie ;
- oligofrenii (idioţia, imbecilitatea, debilitatea mintală) ;
- nevroze obsesivo-fobice, nevroza mixtă, isteria ;
- alcoolism cronic ;
- psihopatii şi stări psihopatoide impulsive cverulente, paranoiace, psihastenice, instabil-afective ;
- toxicomanii ;
- epilepsia (toate formele clinice) ;
- bolnavii psihici remişi, care se află sub tratament de întreţinere, cu substanţe psihotrope (cu excepţia medicamentelor cu specificaţia „pot fi folosite şi de conducătorii de autovehicule") ;
- persoane clasate „inapt" serviciului militar din motive psihiatrice.

Există restricţii necesare în toate specialităţile medicale, ele constituind mijloace de prevenire primară pentru morbiditatea şi mortalitatea prin accidente de circulaţie.

552. CONDUCTON[M] R.F.G. — DCI *Carazolol* ● Betablocant, de tip 1-(carbazol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, boli psihosomatice, distonii neurovegetative, alcoolism. Nu se asociază cu IMAO.

553. CONDUITĂ (fr. *conduite* ; cf. lat. *conducere*) ● Termen ce-şi datorează circulaţia literaturii psihologice şi psihiatrice a lui P. JANET (1859—1947) şi apoi a lui PIÉRON, CLAPAREDE, caracterizat prin dorinţa de îmbogăţire cu conotaţii eticomorale a unor noţiuni de psihologie, devenite sterile în viziunea „reflectologistă" a epocii. Cu toată impunerea evidentă a termenului anglo-saxon de comportament, conduita rămîne să fundamenteze, alături de conceptele de nivel, reacţie, tendinţă, acţiune, doctrina psihologică a lui JANET (psihologia conduitei), cu semnificaţie de acţiune dinamică şi sinergică, de tip psiho-comportamental, intern-subiectiv şi extern-obiectiv. Din această perspectivă, inteligenţa este o conduită internă, mijlocită instrumental prin semne şi simboluri. În viziunea lui LAGACHE, conduita se referă la situaţia concretă în care se află un subiect, implicînd motivaţie, scop, mijloace de acţiune de tip operaţional-mintal sau comportamental motor ; în opinia acestui autor, conduita se distinge de comportament prin faptul că include şi fenomene psihice, care sînt intrinsece, subiective şi deci neperceptibile obiectiv → COMPORTAMENT.

554. CONEXIUNE (fr. *connexion* ; cf. lat. *connexio* „înlănţuire logică") — sin. RELAŢIE sin.
→ LEGĂTURĂ.

555. CONFABULATOR[D] *delir* (cf. lat. *confabulatio* „conversaţie") ● Descris şi numit astfel de NEISSER, corespunde caracteristicilor delirului de imaginaţie, descris de DUPRÉ şi LOGRE. A fost semnalat de KRAEPELIN, în 1909, în parafrenie. Apare în debilitatea mintală, unde poate avea drept temă filiaţia erotică şi mai rar invenţia şi reformele, şi în parafrenie unde prevalenţa tematicilor pare a fi inversă. MONTASSAUT consideră acest delir drept o „compensaţie imaginativă".

556. CONFABULAŢIE (cf. lat. *confabulatio*) ● Folosirea mnezică, de aspect substitutiv, a realităţii, prin inserţia în discursul pacientului a unor evenimente imaginare, cel mai adesea bizare, contradictorii şi lipsite de constanţă, avînd drept unic scop suplinirea deteriorării (lacune). Pacientul are convingerea că evenimentele relatate evocă trecutul trăit în ciuda faptului că aceste versiuni sînt diferite

de la o relatare la alta. Totuşi, pacientul încearcă cu ultimele resurse ale criticii pe care le mai posedă să ordoneze unele evenimente reale, rămase încă fixate pe axa timpului. Confabulaţia se erodează între aceste repere. Traducînd cel mai adesea un deficit organic (sindrom Korsakov, confuzie mintală, psihoze senile, oligofrenii), confabulaţia trebuie diferenţiată de fabulaţie (→ FABULAŢIE), deşi nu toţi autorii fac această distincţie.

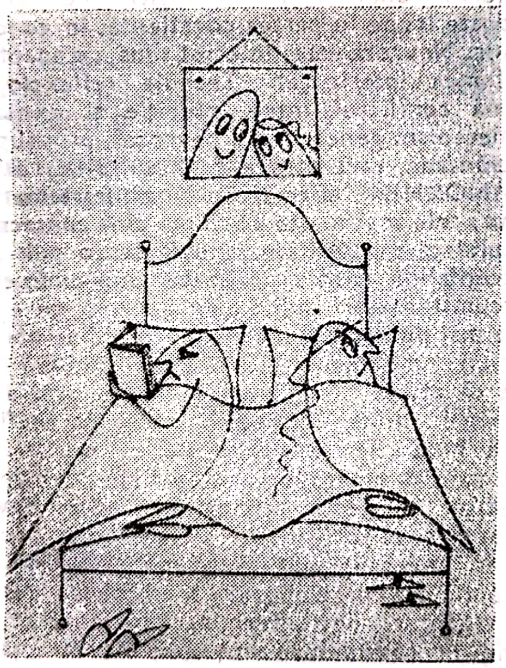
557. **CONFESIUNE** (fr. *confession* ; cf. lat. *confessio* „mărturisire") — sin. MĂRTURISIRE ● Acţiunea de a da la iveală şi a recunoaşte un lucru tăinuit : act, intenţie, sentiment, dispoziţie. Determină şi/sau poate fi determinată de o schimbare în optica subiectului faţă de sine şi de ceilalţi, importantă fiind relaţia între modalitatea în care se face mărturisirea şi conţinutul a ceea ce este secret. Poate exprima un act sau proiect gratificant pentru altul ; în anumite stări pasionale, o dorinţă de putere ce compensează un eşec. La astenic, poate traduce descurajarea, dorinţa de autodepăşire, o echivalenţă de intenţie suicidară. Mărturisirile altruiste şi cu caracter de sacrificiu sînt frecvente la deliranţi pasionali şi la melancolici. Mărturisirea unei greşeli sau a unei crime scade angoasa privind fapta săvîrşită. Valoarea terapeutică a mărturisirii este evidentă în tratamentul nevrozei unde, lucrul „ascuns" nu este de fapt vinovat decît în convingerea bolnavului, care îi acordă o importanţă mult mai mare decît cea reală — „universul morbid al greşelii" (HESNARD), — iar psihanaliza exploatează, de fapt, efectul cathartic al mărturisirii. Nu trebuie neglijată în cursul educaţiei copiilor, în procesul formării conştiinţei morale. O problemă este aceea a relaţiei dintre modalitatea mărturisirii şi sinceritate, perspectivă din care pot fi discutate mitomania, simulaţia, disimulaţia. Din punct de vedere psihiatric obţinerea mărturisirii unui toxicoman privind abuzul de toxic sau a unui simptom de tip halucinaţie, obsesie, delir etc., este importantă. În unele cazuri, pentru a o obţine se impune folosirea unor teste proiective sau a subnarcozei. Obţinerea mărturisirii este foarte importantă în medicina legală unde vine în sprijinul depistării falselor mărturisiri, făcute în scopul de a denatura adevărul. Acestea sînt frecvente şi la debilul mintal sugestibil, la mitomani, alcoolici, melancolici, epileptici şi demenţi.

558. **CONFLICT** (cf. lat. *conflictus* „izbire, ciocnire") ● Adversitate manifestă între două tendinţe opuse, care creează o stare de tensiune, producînd dezorganizarea sau chiar dezintegrarea funcţionalităţii sistemului sau sistemelor care intră în contradicţie. Folosit într-o serie largă de accepţiuni de către psihologie, conceptul îşi schimbă conţinutul specific după diversele orientări teoretice, fără însă a fi privat de principalele sale caracteristici — antagonism, dinamică, disfuncţie.

Ca modalitate fundamentală de producere a psihogeniilor, conflictul a reprezentat domeniul de discuţie al unora dintre cele mai elaborate teorii. FREUD consideră posibilă apariţia conflictului nevrotic atunci cînd între diversele părţi ale personalităţii există diferenţe manifeste în ceea ce priveşte dorinţele. Libidoul obligat să-şi găsească alte obiecte şi căi de satisfacere decît cele normale, este dezaprobat de o anumită fracţiune a personalităţii, care implică acest mod de satisfacere. Din reprimarea tendinţelor libidinale, ca urmare a conflictului psihic, apar căi ocolite, care sînt cele ale formării simptomelor. Pentru JUNG, conflictul are loc între conştient şi inconştient, între introversiune şi extroversiune. Inconştientul este văzut ca parte arhaică a personalităţii, refulată din necesitate ; conform unei ordini nelogice individuale, ea poate irupe în partea conştientă, în condiţii de şoc. Nevroza este, în acest sens, „o adaptare la lumea inferioară". Teoriile reflexologice afirmă conflictul între inhibiţie şi excitaţie ca mecanism generator al nevrozei, prin supratensionarea, care atrage prăbuşirea nevrotică. P. ANOKHINE afirmă că, în comportamentul uman, cele mai multe conflicte sînt consecinţa faptului că o activitate mintală sau o pulsiune inacceptabilă sînt reprimate sub influenţa „circumstanţelor", adică a unui sistem de excitaţie mai puternic şi mai vast, creat, de obicei, într-un timp mai vast. J. MASSERMAN susţine că atunci cînd, într-un mediu dat, două sau mai multe motivaţii intră în conflict, adică modurile lor obişnuite de desfăşurare sînt parţial sau total incompatibile, tensiunea cinetică creşte şi comportamentul devine ezitant, şovăitor, inegal şi mediocru adaptat (ca în nevroze) sau substitutiv şi excesiv de simbolic (ca în psihoze). K. LEWIN descrie patru tipuri de determinare a conflictului, luînd în considerare noţiunile de atracţie şi respingere : atracţie-atracţie, atracţie-respingere, respingere- respingere, respingere-atracţie. KARIN KORNEY evidenţiază, în determinarea nevrozei, conflictul individ-mediu social. Autoarea afirmă că, deşi în cazul oricărui individ apar astfel de conflicte, cu caracter mai mult sau mai puţin tranzitoriu, ele sînt rezol-

vate raţional atita timp cit sînt clar percepute. În cazul individului nevrozat, rezolvarea conflictului este imposibilă, pe de o parte, datorită incapacităţii de a percepe elementele conflictului, iar pe de altă parte, pentru că relaţiile sale cu anturajul sînt tulburate din copilărie. O viziune „culturalistă" propune R. LINTON, care consideră nevroza ca un răspuns generalizat, ca unul dintre sistemele valoare-atitudine ale individului, neimpărtăşit de majoritatea membrilor societăţii respective. Elaborarea unor sisteme ca valoare-atitudine individuală îi face pe cei care le posedă să intre în conflict cu ceilalţi, prin răspunsuri comportamentale explicite inadecvate mediului sociocultural în care trebuie să acţioneze. Diferitele polarităţi de presupusă geneză a conflictului duc şi la elaborări pishoterapeutice adecvate, foarte deosebite de la o şcoală la alta.

559. **CONFLICT CONJUGAL** • Patologie de cuplu, generată de problematica legăturii conjugale în condiţiile vieţii contemporane, în care emanciparea femeii, echilibrarea economică a cuplului, schimbarea reperelor culturale, tranzienţa relaţională, sînt doar citeva din reperele care trebuie amintite. Pentru



înţelegerea acestei problematici, Y. POINSO presupune citeva postulate :

- conflictul conjugal este o patologie de relaţie, deci nu poate fi redusă la un singur membru al binomului ;
- căsătoria şi patologia ei, ca şi alte conduite umane au şi determinări în inconştient ;
- fiecare partener pune în scenă o dorinţă care se joacă, fără ştirea celuilalt, dar cu acordul său inconştient, pe o altă scenă, cea a imaginarului.

Dinamica legăturii conjugale în cursul vieţii, adică reinnoirea constantă a legăturilor reciproce, a fost studiată de J. LEMAIRE, care subliniază existenţa următoarelor faze :

- stabilirea legăturii amoroase generată, după acest autor, de dinamica inconştientului, la care se adaugă „aprobarea instanţelor conştientului" ;
- cea de a doua fază are următoarele subetape :
  - dezinvestirea afectivă a lumii exterioare, cu suprainvestirea cuplului ;
  - anularea masivă a oricărei agresivităţi reciproce, cu idealizarea vieţii conjugale. Această fază prezintă un interes particular, deoarece se caracterizează printr-o creştere masivă cantitativă şi calitativă a schimburilor dintre cei doi parametri. Comunicarea reciprocă se stabileşte la cotele cele mai ridicate ;
- cea de a treia fază de evoluţie (şi cea mai lungă) este caracterizată prin reinvestirea afectivă a lumii exterioare, sub toate aspectele, cu reducerea paralelă a suprainvestirii partenerului şi cuplului. Aceasta poate fi urmată de următoarele tipuri de evoluţie la nivelul microgrupului familial :
  - creşterea agresivităţii şi dezinvestirea partenerului, conducind la disocierea cuplului ;
  - sesizarea inconştientă a fragilităţii cuplului şi apariţia de reacţii de apărare a acestuia în defavoarea fiecărui membru (scăderea comunicărilor pentru evitarea crizei, limitarea investigaţiilor afective din afara cuplului atunci cind ele interesează doar unul din parteneri — hobby-uri, activitate socio-culturală, prietenii vechi) ;
  - parcurgerea unei etape de criză, urmată de ameliorarea, pentru o perioadă importantă, a interrelaţiilor dintre parteneri.

Existenţa unei patologii a cuplului conjugal, modalităţile de dezvoltare şi evoluţie a conflictelor conjugale, trebuie bine cunoscute de psihiatru, acesta putind veni în contact cu o veritabilă patologie de dezvoltare.

560. **CONFLICT PSIHIC** → CONFLICT.

561. **CONFLICTAN**(M) Franța — DCI *Oxaflozan* ● Psihotrop de tip 4-isopropil-2-(α, α,α-trifluoro-m-tolil)morfolină ; încadrat prin structura sa chimică timolepticelor, prin farmacodinamie este mai mult un tranchilizant cu valențe antidepresive.

562. **CONFORMISM** (fr. *conformisme* ; cf. lat. *conformare*) ● Atitudine care menține individul în acord cu grupul său social. Este privită ca o condiție a sănătății mintale. Psihiatrul va trebui să cîntărească cu balanța cea mai sensibilă fiecare caz în parte, în care absența sau exagerarea conformismului pot avea originea într-o trecătoare „criză de personalitate" în formarea adolescentului, într-o suită de decompensări ale unei personalități dizarmonice sau în absența conștiinței propriei boli, ca la bolnavul psihotic.

563. **CONFORMIST**(D) *delir* (cf. lat. *conformare* „a forma, a modela") ● Formă particulară a delirului colectiv, întîlnită la anumiți bolnavi schizofreni, al cărei mecanism se bazează pe sugestibilitatea și sărăcirea personalității acestor subiecți. Termenul a fost introdus de BOYER.

564. **CONFUZIE CENESTOPATICĂ** (cf. lat. *confusio* „amestec, dezordine, tulburare") ● Episoade psihotice acute, care se dezvoltă în cîteva ore sau zile, reunind, alături de cenestopatii, depresia și derealizarea, precum și tulburări variabile ale clarității cîmpului de conștiință ; pot apărea tulburări ale orientării cronologice, anxietate, agitație. Episoadele sînt urmate de amnezie parțială. Sînt mai frecvente în schizofrenie și în epilepsii. Au fost descrise de I. P. EGLITIS, în 1974.

565. **CONFUZIE MINTALĂ** (cf. lat. *confusio*) ● Expresie comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un ansamblu de tulburări acute și globale ale psihismului, în care locul central este ocupat de modificări cu caracter tranzitor în planul conștiinței. Astfel, are loc o disoluție mai mult sau mai puțin rapidă și completă a conștiinței (torpoare, hebetudine, obnubilare, obtuzie — cel mai frecvent), lentoarea percepției și a proceselor de orientare, deficit al atenției și al memoriei, care realizează o sinteză mintală cu aspect fragmentar și incoerent. Creatorul termenului este socotit a fi DELASIEUVE, în 1851, iar CHASLIN descrie, în 1895, sub numele de confuzie mintală primitivă, o stare de inhibiție psihică, de pietrificare, determinată mai ales de cauze biologice. Germanul Von MAYNERT vorbea, în aceeași perioadă, de amentie, înțelegînd prin aceasta, practic toate psihozele acute, în afara maniei, melancoliei și a formelor paranoide. Înțelesul a fost preluat de CONRAD, atunci cînd a descris tulburările stării de conștiință, fiind apoi modificat în concepția lui M. BLEULER și EWALD. Starea de confuzie este un „fond" de destructurare a conștiinței, în care modalitatea de „a nu fi conștient" ajunge la un punct clinic maxim — spune H. EY.

Circumstanțele etiologice ale confuziei mintale sînt : intoxicațiile (alcool, oxid de carbon, barbiturice, medicamente cu efect anticolinergic, inclusiv neuroleptice, antidepresive, tranchilizante) ; infecții, toxiinfecții ; dereglări metabolice (diabet, uremie, encefalopatii portocave etc.) ; sindroame meningiene (hemoragia meningeană, meningitele) ; encefalite, encefalo-mielite (meningita sifilitică, paralizia generală) ; accidente vasculare cerebrale ; traumatismele craniocerebrale ; tumori cerebrale ; boli psihice (psihoze puerperale, presbiofrenie, psihoză maniaco-depresivă, reacții psihice patologice) ; epilepsie, consecutiv seismoterapiei.

Aspecte clinice : intrarea în starea de confuzie mintală se face, de obicei, brusc (ore, zile), într-un mod care sugerează clar aspectul de ruptură, de hiatus dintre situația actuală și comportamentul anterior al bolnavului (pentru care relatările anturajului sînt, de multe ori, valoroase). La primul contact, pacientul este ezitant, pare perplex și distrat, necesită să fie îndrumat pentru a se așeza și trebuie să i se repete de mai multe ori o indicație pentru a o înțelege. Ținuta sa este neglijentă, traducînd indiferență, privirea este fie inexpresivă, uimită, fie vagă și răvășită, mimica este sărăcită, posacă. Bolnavul face eforturi vizibile să răspundă, dar cel mai adesea nu reușește, fie pentru că nu înțelege suficient, fie pentru că nu poate asambla ideile sau nu-și poate aminti cuvintele necesare ; dacă totuși izbutește să pronunțe cu greutate cîteva fraze, ele exprimă numai inerție și indiferență. Pe fondul de pasivitate, apar episoade de agitație, iar uneori un murmur neînțeles sau răspunsuri nemotivate date unui interlocutor imaginar, denotă existența onirismului. Dezorientarea temporo-spațială este uneori evidentă, bolnavul întreabă unde se găsește, ce se petrece cu el, neștiind unde și în ce moment se află. Întrebat de mai multe ori despre același lucru, dă răspunsuri diferite și, parțial, conștient de greșeli ; in-

drumat de examinator, caută să le corecteze, însă fără succes. Incapabil să se orienteze temporo-spațial, pacientul nu poate să evoce amintirile recente și nici să ordoneze logic imaginile ce apar în cîmpul conștiinței, confundă persoanele, are false recunoașteri. Toate acestea explică amnezia lacunară care urmează episodului confuzional. Deficitul gîndirii este global, realizînd obnubilarea și perplexitatea, raționamentele sînt perturbate, pacientul invocînd ca scuză uitarea datelor, oboseala sau iritarea. O evaluare obiectivă a acestui deficit este imposibilă în asemenea situații, neputîndu-se aplica testele psihologice de inteligență sau deteriorare. La fel ca și în orientare, pacientul prezintă fluctuații bruște, avînd momente de luciditate, în care răspunde cu precizie la întrebări. Gîndirea haotică, ineficace, vagă din confuzia mintală a fost comparată cu un nor (obnubilată). De obicei, persistă conștiința parțială a tulburărilor, subiectul manifestînd uimire, perplexitate față de simptomele sale. Nu rareori se interferează episoade onirice care, fiind diferite de delir, au inconștiența și variațiile visului. Singurătatea și obscuritatea favorizează apariția delirului, care se poate grefa pe iluziile auditive, dezvoltîndu-se datorită dezorientării, hipoprosexiei și deficitului de judecată. Onirismul se deosebește de vis sau coșmar prin participarea activă a pacientului la lumea imaginară terifiantă. În ceea ce privește comportamentul, subiectului aflat în confuzie mintală îi este caracteristică oscilația uneori foarte rapidă între stupoare și agitație, cu posibile accidente grave ; somnul este tulburat în ritm și calitate. Semnele somatice care se pot pune în evidență sînt cefaleea, frecvent în cască, și dereglări neurovegetative (limbă saburală și uscată, deshidratare, tahicardie, temperatură 38—39°C).

Ca forme particulare ale confuziei mintale, pot fi enumerate : delirul alcoolic subacut și acut, sindromul Korsakov de diferite etiologii, delirul acut (descris prima dată de MARCHAND ca encefalită psihotică acută hiperazotemică), care reprezintă forma cea mai gravă a confuziei mintale, reprezentată de confuzie profundă, onirism intens, agitație, iar pe plan somatic de hipertensiune, deshidratare, hiperazotemie. Ca potențial evolutiv, mortalitatea este mare, survenind în circa două săptămîni, terapia ameliorînd inconstant prognosticul.

566. **CONFUZIONAL**[S] *sindrom, stare* (cf. lat. *confusio*) ● Stări morbide caracterizate prin modificări tranzitorii în planul conștiinței. Încadrate în grupul psihozelor acute în secolul al XIX-lea, recunoașterea polimorfismului etiologic a dus la abandonarea termenului de confuzie mintală în favoarea celui de sindrom confuzional. Trepiedului simptomatic — alterarea vigilității, dezorientare, amnezie (la care se poate adăuga onirismul) — îi poate premerge o perioadă în care predomină cefaleea, insomniile. Tulburările conștiinței se asociază cu dezorientare temporo-spațială și amnezie.

Ca forme clinice se descriu : starea confuzională simplă, forma confuzo-onirică și forme minore. Evoluția stărilor confuzionale este favorabilă sub tratament, mai rară este complicația reprezentată de delirul acut. Sînt posibile idei delirante sechelare. Tratamentul de bază este cel etiologic.

567. **CONFUZIONISM** (cf. lat. *confusio*) ● Caracteristică primitivă a gîndirii sincretice infantile unde, după PIÉRON, totul se amestecă, se succede, alternează, fuzionează sau se juxtapune, în absența unor relații definite. Termenul a fost introdus de WALLON.

568. **CONFUZO-ONIRIC**[D] *delir* (cf. lat. *confusus* „amestecat" ; gr. *oneiros* „vis") ● Entitate clinică descrisă de LASÈGUE (1869) și MAGNAN (1874), pe care RÉGIS (1901) o leagă de confuzia mintală. Clinic se caracterizează, după EY, prin :

- predominența halucinațiilor vizuale mobile, caleidoscopice, cu caracter de vis, la care se pot adăuga halucinații auditive, kinestezice, cutanate, interoceptive ;
- prezența distorsionărilor temporo-spațiale ;
- delirul este trăit intens, subiectul luptîndu-se cu dușmani imaginari sau putînd prezenta fugi care-l angrenează (spre deosebire de imaginile de vis normal, la care subiectul asistă pasiv) ;
- tematica trăirilor onirice este foarte variată — uneori aceste trăiri sînt terifiante, cu monștri, lupte, incendii, alteori sînt agreabile, cu teme mistice sau erotice.

La examenul somatic se observă, de cele mai multe ori, semne de deshidratare, febră, adinamie. Evoluția este frecvent spre vindecare, starea confuzo-onirică risipindu-se treptat, în cîteva zile. Rar se remarcă sechele psihice, idei fixe post-onirice, delir de evocare a experienței confuzo-onirice în confuzia mintală cronică (menționată de RÉGIS). Etiologia este multiplă : toxică (etilică, opiu, hașiș, mescalină) ; infecțioasă (datorită febrei sau toxinelor microbiene) ; psihogenă (stări reactive) ; stări crepusculare (în epilepsie sau isterie) ; ischemie

circulatorie cerebrală (tranzitorie sau hemoragie cerebrală); arterioscleroză cerebrală; senilitate. Tratamentul este etiopatogenic.

569. CONGENITAL (cf. lat. *congenitus* „născut odată cu") ● Tulburare aparentă sau latentă a nou-născutului, ca urmare a unui proces patologic petrecut în timpul vieții intrauterine.

570. CONGRUENȚĂ (cf. lat. *congruentia* „acord, concordanță") ● Acord între gîndurile, sentimentele sau convingerile unui individ și comportamentul său manifest, deschis, observabil. La nivel conștient, omul are anumite convingeri despre el însuși și despre mediul cu care interacționează. La un nivel mai profund însă (inconștient), aceste convingeri pot fi diferite, neconcordante cu cele conștiente. În acest caz aveam de-a face cu incongruența (care generează, deseori, stări tensionale sau conflictuale). În psihoterapia non-directivă a lui C. ROGERS, congruența reprezintă una din atitudinile fundamentale adoptate de terapeut în relația sa cu pacientul, constituindu-se deseori într-un element hotărîtor nu numai în stabilirea unui raport corespunzător terapeut-pacient, dar și în determinarea rezultatului terapeutic. Sentimentele, atitudinile și gîndurile terapeutului sînt conștientizate, îi sînt cunoscute deci, și pot fi comunicate subiectului la momentul oportun. Implicarea trăirilor terapeutului în relația cu pacientul determină convingerea acestuia asupra reciprocității raportului: o relație deschisă, directă, de la persoană la persoană.

● Atitudine deschisă favorizînd instalarea dezvoltării terapeutice în psihoterapia de tip focal („client-centred"). Atunci cînd există, între terapeut și pacient, o diferență de sex, falsele rețineri și complexe obișnuite din relațiile normale trebuie depășite în favoarea procesului terapeutic. Chiar dacă aceste sentimente apar în mod firesc legate de experiența de viață a terapeutului, ele trebuie izolate și evitate prin autocontrol. Cu toate acestea terapeutul trebuie să-și păstreze capacitatea empatică, de rezonanță afectivă, fără a proceda mecanic. RUTH SANFORD (1985) afirmă că terapeutul trebuie în anumite situații să-și exprime deschis sentimentele negative pe care discuția cu pacientul i le poate provoca, atunci cînd acesta depășește o serie de limite social-admise. Congruența trebuie să fie deci o atitudine deschisă, autentică, evitînd clasarea terapeutului în spatele unei măști profesionale.

571. CONN(s) *sindrom* — sin. ALDOSTERONISM ● Entitate nosologică determinată de hipersecreția hormonilor mineralocorticoizi, în special — aldosteronul. Cu determinism primar sau secundar, se caracterizează prin prezența a patru sindroame; sindromul reno-urinar (poliurie cu nicturie și polidipsie); sindromul cardiovascular (hipertensiune arterială sistolo-diastolică); sindrom neuromuscular; sindrom biologic și biochimic (hipokaliemie, hiperkaliurie, hiponatriurie, alcaloză, eliminări crescute de aldosteron, renina-angiotensina plasmatică normală, crescută sau scăzută în funcție de determinismul bolii). De reținut este sindromul neuromuscular, manifestat prin oboseală musculară, cefalee, parestezii și contracturi de tip tonic la nivelul feței și membrelor superioare și inferioare, care mimează foarte bine tetania, mai ales că semnul Chvostek poate fi prezent și aici.

572. CONOLLY John (1794—1866) ● Psihiatru englez. Și-a susținut teza cu tema „Studiul mintal al melancoliei", a condus o serie de azile (Stratford-on-Avon, Worwick, Birmingham, Ilanwel); fiind adeptul ideilor lui PINEL și TUKE, a militat pentru umanizarea azilelor și transformarea lor în spitale de psihiatrie, conform principiului „no restraint", a cărui paternitate îi aparține. Nu reușește să introducă psihiatria ca disciplină de învățămînt, așa cum și-ar fi dorit, dar reușește, împreună cu alți medici practicieni din Londra, să pună bazele „Asociației Medicale Britanice".

573. CONOTATIV (fr. *connotatif*) ● Atribut al limbajului ce constă în capacitatea acestuia de a sugera o varietate nedefinită de semnificații dincolo de ceea ce exprimă în mod explicit. În vreme ce limbajul științific este denotativ — enunțurile sale avînd sensuri precise, riguros determinate după reguli clare și ferme — limbajul artistic își bazează virtuțile expresive pe caracterul său conotativ; imaginile artistice poartă un mesaj ambiguu încifrat, sugerînd spontaneității intuitive a receptorului o pluralitate de sensuri, fără ca unul singur dintre acestea să fie cel just, iar celelalte nefiind nici ele, de fapt, decodificări eronate. În marea lor majoritate expresiile limbajului comun (al vieții cotidiene) au un statut hibrid, asociind funcția denotativă cu cea conotativă.

574. CONOTAȚIE (fr. *connotation*) ● Noțiune introdusă de J. S. MILL pentru a desemna interesul, semnificația unui termen, cu întreaga și complexa sa cuprindere de elemente caracteristice; se deosebește de denotație, care definește totalitatea obiectelor la care se aplică termenul respectiv de conotație.

în lingvistică se referă la sensul unui cuvînt sau al unei expresii, care depăşeşte valoarea denotativă, sensul obişnuit, şi care depinde de contextul lingvistic şi extra-lingvistic al discursului din care face parte. În psihopatologie, modificările care au loc la nivelul conotativ al sistemului lingvistic pot fi evidenţiate, la o analiză pertinentă în cazul gîndirii bolnavului schizofren, la care procesul disociativ afectează profund conţinutul şi secvenţialitatea ideaţiei.

575. **CONOTAŢIE POZITIVĂ** ● Principiu directiv al terapiei familiale sistemice care, în concepţia lui SELVIN-PALAZZOLI, constă din conotarea pozitivă atît a simptomelor pacientului schizofren, cît şi a modului în care se comportă familia sa faţă de boală ; se reuşeşte astfel menţinerea unui echilibru al întregului sistem bolnav-familie, facilitînd accesul terapeutului în acest sens şi, deci, sporindu-i şansele de reuşită.

576. **CONSANGUINITATE** (cf. lat. *consanguinitas* „înrudire de sînge") ● Înrudire de sînge. Problema consanguinităţii în anumite etnii şi comunităţi nu a fost studiată în mod sistematic în ceea ce priveşte consecinţele pe planul morbidităţii psihiatrice. Unele studii afirmă că nu există consecinţe periculoase în comunităţile care practică curent căsătorii consanguine, dacă nu există boli cu transmitere recesivă (C. D. DARNINGTON, K. MATHER, M. MATHIS). Se pare însă că speranţa de viaţă şi fertilitatea sînt mai reduse în aceste comunităţi.

577. **CONSECINŢĂ** (cf. lat. *consequi* „a urma") ● Efect, urmare, rezultat al unui proces sau eveniment. În logică, propoziţia finală a unui raţionament, concluzia ce decurge din una sau mai multe propoziţii denumite premise.

578. **CONSECINŢĂ PSIHOLOGICĂ** ● Răsunet intrasubiectiv normal, imediat sau tardiv, tranzitor sau restant, la impactul unui individ sau grup cu un eveniment exterior de orice natură, actual sau nu ; reprezintă şi reacţia unui individ la o trăire proprie sau orice formă de comunicare interpersonală. Diversitatea consecinţelor psihologice este practic infinită, ca şi ritmul în care ele apar în cîmpul conştiinţei sau în subconştient, o descriere fenomenologic comprehensivă şi sistematică a lor, a modalităţilor de apariţie şi manifestare, de trăire intrasubiectivă sau interpersonală, fiind practic imposibilă şi probabil inutilă. Ele fac parte din ceea ce JASPERS numeşte „realitatea vieţii psihice", ca reflex al organizării şi funcţionării „corpului psihic" (EY) sau „aparatului psihic" (FREUD), o repercusiune dinamică, desfăşurată într-un continuum ce însoţeşte şi, uneori, influenţează, modifică sau determină cursul vieţii de relaţie. Astfel, se poate conveni că toate psihologiile fac referinţe implicite şi la consecinţa psihologică, fără să fie necesar să o explice sau să o teoretizeze întotdeauna ca pe un fenomen sau proces anume, întrucît această sintagmă nu defineşte atît o noţiune, cît o stare generică şi specifică sau, uneori, nespecifică, un moment sau virtualitatea unor funcţii de analiză şi sinteză (conştiinţă, caracter, personalitate) a pulsiunilor, a psihismului în general. Astfel, consecinţe psihologice pot fi considerate în egală măsură : o stare afectivă plăcută şi reconfortantă, dezvoltarea determinată a unui caracter într-o situaţie socio-familială sau educaţională dată, atitudinea pacientului faţă de medicul său, relaţia medic-pacient în general, transferul şi contratransferul, depresia de doliu necomplicată, starea de panică pe care o resimte o mulţime în faţa unui cataclism, dar şi complexul Oedip, alegerea pentru care optează subiectul la testul Szondi, „întîlnirea" din sociometria lui MORENO etc.

579. **CONSECVENŢĂ** (cf. lat. *consequentio* „ceea ce decurge din") ● Termen din logica romană şi medievală care are înţelesul de conchidere logică, implicînd atît conchiderea formală, cît şi conchiderea materială. Filozofii romani considerau că există trei tipuri de conchideri, de unde concluzia că adevărul unui raţionament stă în conţinutul propoziţiilor şi nu, în mod obligatoriu, în relaţia dintre valorile logice. Logica scolastică punea accentul pe corectitudinea relaţiilor logice dintre propoziţii şi mai puţin pe premisele de la care pleca şi pe care uneori le considera aprioric adevărate.

Din punct de vedere psihologic, consecvenţa este o caracteristică a personalităţii unui individ care acţionează logic şi are principii de gîndire şi comportament constante, ferme, în orice situaţie. Este rezultatul unei voinţe puternice, alături de o gîndire logică, corectă. Consecvenţa hipertrofiată este una din trăsăturile dominante ale structurilor de personalitate paranoiace. În psihoza paranoiacă această consecvenţă logică se păstrează aparent în cadrul sistemului delirant, însă, prin desprinderea de realitate, gîndirea şi comportamentul devin neadaptate, nenuanţate împrejurărilor vieţii concrete, reale.

580. **CONSENS** (cf. lat. *consensus* „acord unanim") ● Acord, identitate între ideile,

sentimentele, comportamentele membrilor unui grup faţă de o anumită problemă. Cunoaşterea de către individ a valorilor aflate în consens, conştiinţa acordului stabilit între membrii grupului constituie unul din mecanismele de integrare optimă în viaţa socială. În acest sens, R. PARK şi E. BERGESS consideră obiceiurile şi idealurile unei societăţi ca exprimînd un consens. M. KALLEN defineşte termenul în limite mai restrînse, ca un acord la care s-a ajuns între indivizii unui grup, în urma unor contradicţii manifeste sau tacite, care au determinat presiuni asupra ideilor şi sentimentelor indivizilor. Uneori consensul poate fi aparent, reflectat numai în comportamentul individului, acesta avînd alte idei sau sentimente faţă de anumite probleme ale grupului, însă teama excluderii din grup îl determină să păstreze aparenţele. Această situaţie poate constitui o sursă de tensiune psihologică, ajungîndu-se la stări reactive sau nevrotice. Structurile dizarmonice de personalitate nu pot să accepte consensul, ceea ce determină conflicte între subiect şi grup. În psihoze consensul dispare complet, prin ruperea legăturilor ce ancorau individul în realitatea obiectivă.

581. **CONSERVARE** (cf. lat. *conservare* „a păstra") ● Termen utilizat în mai multe sensuri. Astfel, conservarea informaţiei, structurii şi funcţiei, într-un sistem biologic, este o condiţie a existenţei sale, fiind mai importantă decît conservarea substanţei din care este alcătuit sistemul respectiv. Un prim nivel de conservare este codul genetic, prin intermediul căruia informaţia celulară este păstrată în tot timpul vieţii celulei şi transmisă celulelor fiice după diviziunea celulară.

La nivelul creierului, informaţia specifică psihicului este conservată în codul genetic neuronal (memoria de lungă durată) şi în conexiunile funcţionale care se realizează permanent între neuroni. Deteriorarea acestor structuri, prin leziuni sau în urma îmbătrînirii, duce la tulburări de memorie de diferite intensităţi şi caracteristici. J. PIAGET utilizează termenul pentru definirea componentei de păstrare a memoriei. Memoria păstrează experienţa cognitivă, afectivă şi comportamentală (fără de care omul ar trăi numai în prezent, sub imperiul trăirilor nemijlocite), necesitînd trecut sau viitor, învăţare, experienţă, dezvoltare. Termenul mai este utilizat în psihologie şi în sensul de instinct de conservare (instinctul alimentar, instinctul de agresiune şi de apărare), care defineşte un complex ereditar de reflexe necondiţionate, avînd drept scop menţinerea organismului respectiv în viaţă. La om, instinctul de conservare este modelat, prin adaptare socială, în vederea realizării unui echilibru între nevoile individului şi cele ale grupului în ceea ce priveşte supravieţuirea biologică.

În psihopatologie se poate întîlni o multitudine de forme de distorsiune a instinctului de conservare : tulburări ale instinctului alimentar (hiperbulie, anorexie mintală, aberaţii alimentare) şi tulburări ale agresivităţii (agresivitate crescută, suicid).

582. **CONSILIUM**(M) Belgia — DCI *Bromperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromfenil)-4-hidroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanţe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

583. **CONSILIUL INTERNAŢIONAL PENTRU PROBLEMELE ALCOOLISMULUI ŞI TOXICOMANIEI (CIPAT)** ● Fondat în 1907, consiliul şi-a adoptat actuala denumire în 1968, ocazie cu care a luat şi hotărîrea de lărgire a activităţii asupra drogurilor. Numără 57 de ţări afiliate prin societăţi sau instituţii de profil. Are reprezentanţi regionali în cele mai multe zone ale globului şi îşi integrează eforturile, alături de OMS, în combaterea toxicomaniilor şi alcoolismului, urmărind consecvent introducerea prevenţiei şi tratamentului acestor afecţiuni în programele naţionale de profilaxie primară a sănătăţii.

584. **CONSIMŢĂMÎNT INFORMAT** (fr. *consentir*) ● Procedură etică şi metodologică a practicii clinice şi a studiilor experimentale şi de cercetare clinică pe subiecţi umani, constînd în explicarea efectelor terapeutice şi adverse ale unui medicament sau tehnici terapeutice, a scopului şi metodei de lucru, a beneficiilor urmărite şi a eventualelor riscuri, în vederea obţinerii acordului de participare în deplină cunoştinţă de cauză (din partea pacientului/subiectului).

Consimţămîntul informat (liber, voluntar — SCRIPCARU, CIORNEA, 1979) reflectă principiile fundamentale ale practicii medicale : „non-nocere" şi „primum humanitas, alterum scientiae" (interesele umanităţii primează faţă de cele ale ştiinţei), comune tuturor codurilor eticii medicale, care îşi au originea în jurămîntul lui HIPOCRATE, în Codul Hammurabi, iar pentru epoca modernă, în „Codul Eticii Medicale" al lui Thomas PERCIVAL (1803). Codul de la Nürenberg (1947), asupra experimentului pe om, şi Declaraţia de la Helsinki (1964), adoptată la a 18-a adunare a

Asociației Medicale Internaționale, stipulează o serie de reguli ce se constituie într-un ghid etic al cercetătorului clinician, aflat în dublă ipostază de medic curant și cercetător (reguli prevăzute și de „Ghidul etic pentru investițiile clinice" elaborat de consiliul juridic al Asociației Medicale Americane — 1966) ; consimțămîntul voluntar al subiectului este obligatoriu, cercetarea trebuie condusă numai de persoane calificate și supervizată de un for competent, importanța obiectivului cercetării trebuie să fie proporțională cu eventualul risc pentru subiect, subiectul să fie riguros evaluat în raport cu beneficiul urmărit pentru el însuși și pentru umanitate în general ; scopul, natura și riscurile posibile să fie explicate subiectului de către cercetător, subiectul să se poată retrage în orice moment al desfășurării cercetării, iar aceasta să poată fi întreruptă în cazul în care periclitează viața sau integritatea subiectului ; cercetătorul să demonstreze competență, siguranță și să asigure confortul fizic și psihic al subiectului pe tot parcursul cercetării.

În psihiatrie, abordarea problemei consimțămîntului informat este controversată. GUTNEIL reproșează o excesivă implementare a principiilor juridice, manifestată în definirea consimțămîntului informat. Astfel, în unele state din SUA (New-Jersey, Massachusetts) este legalizat dreptul pacientului de a refuza deciziile psihiatrului, deși practica de zi cu zi acordă virtual dreptul acestuia de a hotărî în folosul pacienților săi. Conform principiului de drept roman „parens patriae", autoritatea statală decide, prin intermediul unei instanțe juridice, asupra aplicării tratamentului bolnavului lipsit de responsabilitate juridică. Legislația statului California face aproape imposibilă aplicarea terapiei electroconvulsivante, în ciuda eficienței sale clar dovedite și a riscului vital cu totul neglijabil (BERESFORD, 1971), variind de la 0—0,8% (APA — Task Force Record, 1978) la 1/28 000 (BARKER și BARKER, 1959). Această atitudine fals protecționistă față de bolnav ridică medicului o „nouă dilemă etică", anume aceea de a decide totuși tratarea pacientului psihotic în ciuda acestor „pseudo-dileme etice" (MERSKEY, 1981). Argumentele valorii limitate a consimțămîntului informat țin de premise logice și situații limită, și mai puțin de aspectele concrete și curente ale practicii clinice sau de cercetare. Dacă obținerea consimțămîntului devine problematică la un pacient lipsit de capacitatea aprecierii gravității propriei sale situații, se poate decide internarea obligatorie (statuată în Franța încă din 1838 prin Legea de la 30 iunie, la noi prin Decretul 313/1980). Această apreciere a gravității propriei situații ar rămîne discutabilă chiar la un bolnav critic, pentru că el este handicapat în ceea ce privește calitatea opțiunii sale, pentru că el nu poate înțelege la fel de bine ca psihiatrul avantajele imediate și mai ales tardive ale unui tratament, oricît de bine ar fi informat.

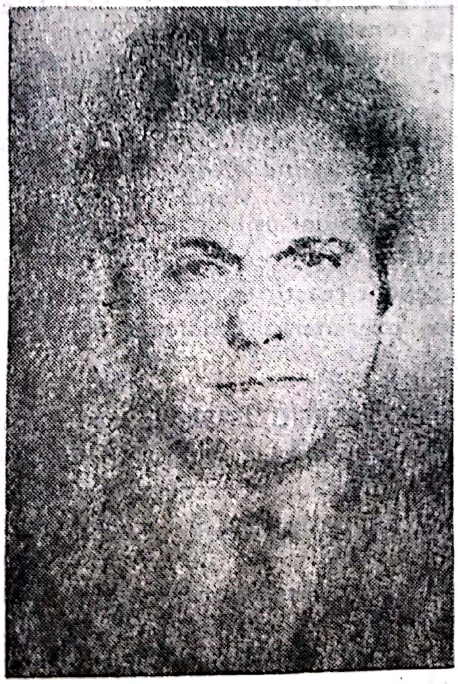
Obținerea consimțămîntului informat este mai operațională în cazul unui subiect cu tulburări grave de comportament, tratabile doar prin psihochirurgie, întrucît lobotomia poate afecta capacități intelectuale și creative pe care pacientul nu consimte să le piardă concomitent (HARE, 1981). Dificultăți directe și indirecte mai derivă și din consumul mare de timp pentru psihiatru, prin faptul că subiectul poate crede că psihiatrul își ia măsuri de prevedere datorate relativității tratamentului și pentru a-și diminua responsabilitatea (ceea ce va impieta asupra relației terapeutice medic-pacient) și din diferența de perspectivă asupra bolii, pe care o au medicul și bolnavul (situația ideală ar fi doar aceea a medicului devenit pacient). Consimțămîntul informat rămîne un element al unei relații complexe medic-pacient-familie, care se bazează pe încrederea pacientului în medic. Probleme specifice ale consimțămîntului informat apar în psihoterapia comportamentală (prin modificările comportamentale induse fără participarea „directă" a conștiinței bolnavului, care însă le acceptă conștient odată cu acceptul participării la terapie), familială și maritală (unde stabilirea unui „contact" clar este necesară pentru înlăturarea unor false expectații — BANCROTT, 1981). O problemă dificilă în acest sens o constituie și efectele adverse tardive ale medicației neuroleptice standard și depozit. HIRSCH (1973) crede că este corectă administrarea medicației cu acțiune prelungită, fără a cere neapărat consimțămîntul informat față de efectele adverse tardive eventuale, pentru că cercetarea clinică a acestor substanțe a dovedit clar eficiența lor in comparație cu placebo, iar faptul că medicul recomandă substanța, chiar dacă se așteaptă la eventuala apariție a unor efecte adverse „nu e neapărat o absență etică, ci o dovadă rațională și un argument pro" al eticii sale profesionale. „Neclarități" etice ar mai rămîne, după KLERMAN, SCHECTER (1931), numai în ceea ce privește raportul dintre aceste efecte adverse și durata tratamentului.

585. CONSIN-GG(M) S.U.A. — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

586. CONSISTENȚĂ (fr. *consistance*) — sin. SOLIDITATE ; REZISTENȚĂ • Referitor la discurs, calitatea acestuia de a fi armonios închegat, plin de conținut și strins argumentat. În logică, prin consistență se înțelege calitatea unui sistem axiomatic de a fi necontradictoriu, cu alte cuvinte, proprietatea sistemului de a nu putea să conțină o contradicție carecare și totodată negația ei. Lipsa de consistență a discursului este adesea semnul major al bolii psihice. În acest sens, discursul schizofrenului este o exemplificare a inconsistenței și a incongruenței pe care disociația le poate produce. Stările maniacale sint o circumstanță in care consistența se diluează pină la extrem. Demența reprezintă o ipostază în care discursul își pierde sensul.

587. CONSONANȚĂ (fr. *consonance* ; cf. lat. *consonantia* „acord") • Efect auditiv armonios, plăcut urechii, care se obține prin perceperea a două sau mai multe sunete caracterizate printr-o anumită frecvență și emise în același timp (de obicei de un instrument muzical). În sens figurat, desemnează acordul, comuniunea, potrivirea între diferite opinii. Termenul a fost utilizat de Șt. ODOBLEJA în elaborarea teoriei consonantiste, considerată ca fiind o precursoare a ciberneticii.

588. CONSTANTINESCU George (1922—1980) • Studiază medicina la București (1943 — 1949), se orientează încă din anii studenției



George Constantinescu

către psihiatrie căreia îi va rămine fidel. A participat la redactarea problematicii de psihiatrie in „Dicționarul medical" (1969), precum și la citeva din lucrările de referință ale psihiatriei românești : „Terapia psihotropă" (1968), „Tratatul de Psihiatrie" (1976), „Sănătatea mintală în lumea contemporană" (1975). Alături de Prof. V. PREDESCU a contribuit la reorganizarea și dezvoltarea invățămintului medical postuniversitar psihiatric.

589. CONSTITUȚIE (lat. *constitutio* „structură fizică") • Concept încă discutat și mai ales discutabil referitor la ansamblul trăsăturilor psiho-somatice ale individului considerate a fi innăscute și mai mult sau mai puțin influențate de factori ambientali, corelat cu conceptele de personalitate, caracter, structură morfologică, caracteristici patologice. Începind cu HIPPOCRATE și continuind pină în epoca modernă, au fost elaborate numeroase sisteme de explicație și tipuri constituționale, fiecare definiție a constituției reflectind cunoștințele medicale ale epocii respective. Conținutul conceptului și tipurile de subdiviziuni s-au schimbat concomitent cu lărgirea cimpului de cunoștințe medicale și biologice. Prima definiție a constituției îi aparține lui BOUCHARD care, bazindu-se pe datele despre ereditate ale epocii, o denumea „ansamblul tuturor calităților individuale, fizice și psihice". Constituția apărea astfel ca fiind totalitatea predispozițiilor care se conservă, ca și structura cromozomială, fără schimbări notabile de-a lungul existenței și care determină un anumit mod de reactivitate a organismului. Ulterior, conceptul de constituție este definit în raport cu anumite boli mintale, pentru a se ajunge la determinarea anumitor tipuri de comportament, a unor tendințe care se pot dezvolta sub influența anumitor factori.

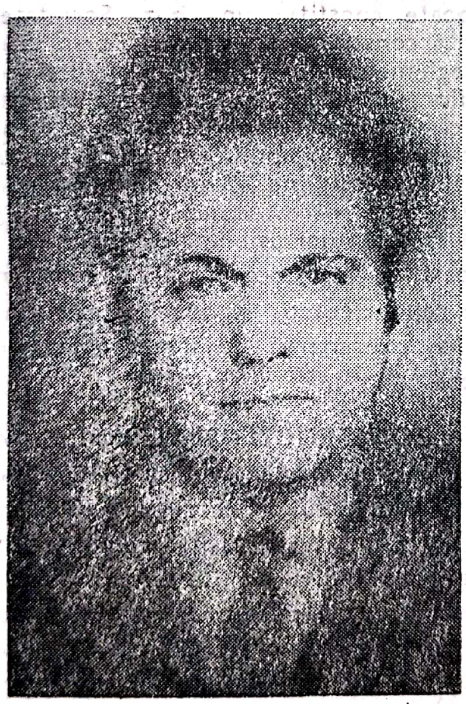
La începutul secolului al XIX-lea, DUPRÉ concepe doctrina constituționalistă, descriind opt tipuri constituționale morbide, pe care le consideră ca o predispoziție („avant psihoza"), potențialitate de evoluție spre o anumită boală psihică : dezechilibre constituționale ale sensibilității, motilității, ale apetitului (toxicomani), ale instinctelor (perverși), ale dispoziției, ale caracterului, ale afectivității ; constituția paranoiacă, constituția miopatică. După el, DELMAS și BELL (1927) elaborează o teorie a personalității bazată pe trăsături constituționale (caracteristici ale constituției afective, psihopatice, emotive, paranoiace, perverse, mitomanice), la care CLAUDE și MINKOWSKI adaugă constituția schizoidă. În anul 1930, DROPER definește constituția ca fiind ansamblul trăsăturilor ereditare (influențate mai mult sau mai puțin

Scanned with OKEN Scanner

586. **CONSISTENȚĂ** (fr. *consistance*) — sin. **SOLIDITATE ; REZISTENȚĂ** ● Referitor la discurs, calitatea acestuia de a fi armonios închegat, plin de conținut și strins argumentat. În logică, prin consistență se înțelege calitatea unui sistem axiomatic de a fi necontradictoriu, cu alte cuvinte, proprietatea sistemului de a nu putea să conțină o contradicție oarecare și totodată negația ei. Lipsa de consistență a discursului este adesea semnul major al bolii psihice. În acest sens, discursul schizofrenului este o exemplificare a inconsistenței și a incongruenței pe care disociația le poate produce. Stările maniacale sint o circumstanță în care consistența se diluează pînă la extrem. Demența reprezintă o ipostază în care discursul își pierde sensul.

587. **CONSONANȚĂ** (fr. *consonance* ; cf. lat. *consonantia* „acord") ● Efect auditiv armonios, plăcut urechii, care se obține prin perceperea a două sau mai multe sunete caracterizate printr-o anumită frecvență și emise în același timp (de obicei de un instrument muzical). În sens figurat, desemnează acordul, comuniunea, potrivirea între diferite opinii. Termenul a fost utilizat de Șt. ODOBLEJA în elaborarea teoriei consonantiste, considerată ca fiind o precursoare a ciberneticii.

588. **CONSTANTINESCU** George (1922—1980) ● Studiază medicina la București (1943 — 1949), se orientează încă din anii studenției



George Constantinescu

către psihiatrie căreia îi va rămîne fidel. A participat la redactarea problematicii de psihiatrie în „Dicționarul medical" (1969), precum și la cîteva din lucrările de referință ale psihiatriei românești : „Terapia psihotropă" (1968), „Tratatul de Psihiatrie" (1976), „Sănătatea mintală în lumea contemporană" (1975). Alături de Prof. V. PREDESCU a contribuit la reorganizarea și dezvoltarea învățămîntului medical postuniversitar psihiatric.

589. **CONSTITUȚIE** (lat. *constitutio* „structură fizică") ● Concept încă discutat și mai ales discutabil referitor la ansamblul trăsăturilor psiho-somatice ale individului considerate a fi înnăscute și mai mult sau mai puțin influențate de factori ambientali, corelat cu conceptele de personalitate, caracter, structură morfologică, caracteristici patologice. Începind cu HIPPOCRATE și continuind pînă în epoca modernă, au fost elaborate numeroase sisteme de explicație și tipuri constituționale, fiecare definiție a constituției reflectind cunoștințele medicale ale epocii respective. Conținutul conceptului și tipurile de subdiviziuni s-au schimbat concomitent cu lărgirea cîmpului de cunoștințe medicale și biologice. Prima definiție a constituției îi aparține lui BOUCHARD care, bazindu-se pe datele despre ereditate ale epocii, o denumea „ansamblul tuturor calităților individuale, fizice și psihice". Constituția apărea astfel ca fiind totalitatea predispozițiilor care se conservă, ca și structura cromozomială, fără schimbări notabile de-a lungul existenței și care determină un anumit mod de reactivitate a organismului. Ulterior, conceptul de constituție este definit în raport cu anumite boli mintale, pentru a se ajunge la determinarea anumitor tipuri de comportament, a unor tendințe care se pot dezvolta sub influența anumitor factori.

La începutul secolului al XIX-lea, DUPRÉ concepe doctrina constituționalistă, descriind opt tipuri constituționale morbide, pe care le consideră ca o predispoziție („avant psihoza"), potențialitate de evoluție spre o anumită boală psihică : dezechilibre constituționale ale sensibilității, motilității, ale apetitului (toxicomani), ale instinctelor (perverși), ale dispoziției, ale caracterului, ale afectivității ; constituția paranoiacă, constituția miopatică. După el, DELMAS și BELL (1927) elaborează o teorie a personalității bazată pe trăsături constituționale (caracteristici ale constituției afective, psihopatice, emotive, paranoiace, perverse, mitomanice), la care CLAUDE și MINKOWSKI adaugă constituția schizoidă. În anul 1930, DROPER definește constituția ca fiind ansamblul trăsăturilor ereditare (influențate mai mult sau mai puțin

de factori ambientali), care determină modul de reacție, de adaptare a individului la mediu. În mod asemănător este definită și de către PENDE.

Toate concepțiile enumerate reliefează determinarea constituției, în primul rînd genetic, ereditar, și în mai mică măsură de factori ambientali. KRETSCHMER definește constituția ca fiind „organismul considerat în ansamblul său, formînd o entitate somato-psihică, cu o activă interpenetrare și cu o constantă interdependență a morfologiei, fiziologiei și caracteriologiei". BLEULER introduce în definirea conceptului ideea de posibilitate, capacitate de stabilire a contactelor sociale, interpersonale. Ulterior au apărut studii care au încercat stabilirea unor corelații cu diencefalul, sistemul endocrin, sistemul nervos vegetativ. SZONDI imaginează, prin conceptul de constituție, o genetică sui-generis care ar marca destinul personalității. Majoritatea autorilor încearcă deci să stabilească o legătură, o concordanță, între datul genetic fizic și cel psihic. Mai nou, CHANGEUX susține că programarea genetică fixează anumite conexiuni sinaptice, care nu se mențin decît în condițiile unor interacțiuni cu mediul, acestea avînd un rol selectiv.

Cert este că în limbajul medical actual termenul de constituție nu are un consens unanim acceptat : pentru unii el se referă predominant la genotip, pentru alții se referă predominant la fenotip. Atributul de constituțional este conferit de asemenea unor afecțiuni sistemice sau de organ, a căror etiologie nu a putut fi încă precizată. Numărul acestor afecțiuni scade însă pe măsura dezvoltării studiilor patogenice, care demonstrează că nu poate exista boală constituțională pură, nu poate fi vorba de un sistem constituțional care să determine singur o patologie specifică. Studiile actuale de fiziologie genetică stabilesc o distincție clară între bolile care au o determinantă predominant genetică și cele care au o determinantă predominant peristatică.

Conceptul de constituție atît de mult timp legat de genotip, nu poate fi atribuit integral și categoric nici genotipului, nici fenotipului. Constituția este înțeleasă ca un statut biologic constant (fiind statică dată, odată pentru totdeuna, imuabilă), pe cînd fenotipul este continuu modelat de factorii situaționali ambientali. Pe de altă parte, realitatea clinică evidențiază clar relativitatea sau chiar arbitrariul corelației dintre boală și constituție (nu numai picnicii sînt ciclotimi, ei pot fi tot atît de bine schizoizi etc.). Termenul este folosit astăzi numai ca un concept auxiliar al clasificărilor patogenice.

590. **CONSTITUȚIONAL**(D) *delir* (cf. lat. *constitutio*) ● Delir descris prin proprietatea de a se dezvolta, de obicei insidios, pe structura de personalitate premorbidă, de la care preia anumite trăsături psihopatologice. Paranoia este singura dezvoltare care are această proprietate, structurîndu-se pe personalitatea paranoiacă, caracterizată prin neîncredere în ceilalți, orgoliu excesiv, agresivitate, rigiditate în gîndire.

591. **CONSTITUȚIONALISM** (cf. lat. *constitutio*) ● Curent de idei care, pornind de la realitatea obiectivă a constituției somato-psihice, încearcă să transpună planul descriptiv în teorie, pentru a-l face să prevaleze în explicația etiologică a diferitelor afecțiuni. Înrudit cu alte concepții ereditioniste, constituționalismul nu este, în cele mai multe cazuri, decît o explicație empirică, simplificatoare și reducționistă.

592. **CONSTRÎNGERE** (cf. fr. *contraindre* ; vezi lat. *constringere* „a lega strîns, a împiedica") ● Modalitate de a determina schimbarea comportamentului unei persoane printr-o influență exterioară. În sens filozofic, omul nu are libertate absolută în acțiunile sale, fiind constrîns de necesitățile legilor obiective. Constrîngerea poate fi morală (cînd se face apel la mecanisme psihologice) sau fizică ; poate fi exercitată asupra individului de către societate, de un grup sau de un alt individ. Poate avea un scop pozitiv pentru individ sau pentru societate, sau poate constitui un abuz. Societatea își exercită constrîngerea fie fățiș, prin intermediul reglementărilor legale, al opiniilor sau moravurilor, fie indirect, prin procesul educativ, în urma căruia individul acceptă sistemul de norme al societății sau grupului, dar nu și-l însușește pe deplin, acesta fiind în contradicție cu anumite motivații interioare. Atunci cînd constrîngerea generează tensiuni psihologice, devine o sursă de boală ; exercitarea brutală a constrîngerii poate genera reacții de diferite intensități, în timp ce exercitarea insidioasă poate genera nevroze.

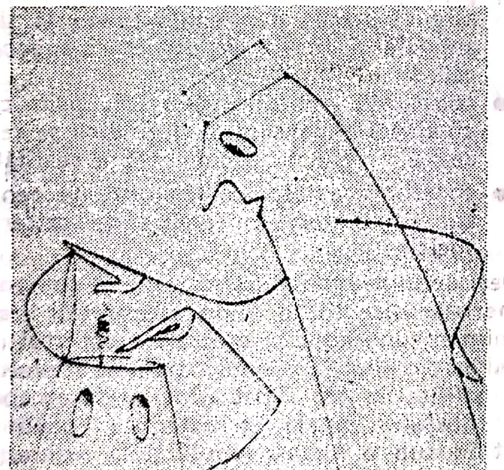
593. **CONSTRUCTIVISM** (fr. *constructivisme*) ● Teorie gnoseologică ce susține ideea rolului activ al individului în procesul cunoașterii, în opoziție cu interpretările contemplativiste, care atribuie individului un rol pasiv, de simplă receptare a obiectului cunoașterii. Absolutizînd spontaneitatea facultăților cognitive ale individului în elaborarea cunoștințelor (în special a abstracțiunilor), constructivismul con-

Scanned with OKEN Scanner

duce la idealism subiectiv sau agnosticism, în măsura în care elimină dimensiunea reflectantă a cunoașterii și raportarea necesară a construcțiilor eidetice la realitatea obiectivă.

În teoria fundamentelor matematicii, constructivismul reprezintă ansamblul concepțiilor înrudite prin accentul pus pe rolul intuiției în elaborarea conceptelor și relațiilor matematice, considerate exclusiv ca potențialități funcționale ale gîndirii, fără nici o legătură cu realitatea fizică și avînd un fundament logic diferit de cel prin care se constituie cunoștințele empirice. Principalele variante ale constructivismului matematic sînt reprezentate de școala olandeză (BROUWER, HEYTING) și de teoria constructivistă a lui MARKOV.

594. **CONSULTAȚIE** (cf. lat. *consultatio* „discuție, consultare") ● Termen consacrat în limbajul curent și medical „întîlnirii" dintre bolnav și medic, între aceștia stabilindu-se o relație biunivocă, în care primul solicită, iar celălalt oferă actul medical, reprezentat prin doi parametri esențiali : diagnosticul și tratamentul. Ecourile psihologice ample pe care le trezește consultația medicală sînt mult adîncite și capătă o valoare multiplicativă în psihiatrie. Examinarea bolnavului psihic este fundamentată, în mod esențial, pe realizarea unui sistem de relații în care medicul nu trebuie să studieze boala, ci omul din fața sa, deschizîndu-i acestuia



calea spre deplina confesiune și spre speranța vindecării.

Modelul optim al consultației medicale este dorit atît de pacient, cît și de medic, în acest sens căutările ambilor reprezentînd perioada dialogului, la care bolnavul se prezintă cu o concepție aproape sau chiar clară despre boala sa (sau despre cadrele medicale), iar medicul „are și el propriile aspirații în legătură cu bolnavul" (SIVADON). În afara aspectelor legate de contactul medic-pacient, este demn de luat în considerare aportul nu lipsit de semnificație pe care tehnica medicală îl aduce în cadrul fenomenului socio-cultural (inclusiv medical) actual. Astfel, după cum remarca ENĂTESCU, investigarea tehnică se interpune între medic și pacient, reunind efectul psihoterapeutic al dialogului cu avantajele oferite de tehnică, atît ca aport științific medical, cît și ca efect de psihoterapie indirectă. În nevroze, de exemplu, este de multe ori necesară consumarea unui întreg arsenal de investigații paraclinice și examene de laborator care, într-o majoritate de cazuri negative, au rolul de a infirma, pe de o parte, o afecțiune organică (medicului) și pe de altă parte, de a asigura liniștea (pacientului).

Consultația medicală asistată pe calculator, deși și-a demonstrat în multe cazuri eficiența practică (programe expert, bănci de date medicale — în cardiologie, de exemplu), nu poate înlocui în nici un caz dialogul medic-bolnav, în care, după cum remarca ATHANASIU, „nu medicul pare a fi elementul esențial, ci convorbirea" ... Calculatorul poate deveni util ca „instrument" de optimizare a unor etape de activitate necesare în practica medicală (inclusiv psihiatrică), a acelor fenomene ce pot fi algoritmizate și, deci, formalizabile matematic. Fără a pierde nimic din valorile consultației psihiatrice „clasice", psihiatria rămîne deschisă înnoirilor permanente pe care le impune progresul științei.

595. **CONȘTIENTIZARE** (cf. fr. *conscient*) ● Proces, experiență afectiv-cognitivă, prin care subiectul devine conștient de conținutul latent, de semnificația simptomelor, conduitelor, producțiilor imaginare și a conținutului comunicării.

În cura psihanalitică, conștientizarea reprezintă, pe de o parte, rezultatul interpretărilor analistului privind transferul, asociațiile libere, visele, amintirile și rezistențele pacientului, iar, pe de altă parte, rezultatul procesului de preelaborare, de integrare conștientă a interpretărilor, de acceptare a acestora, de slăbire sau anulare a rezistențelor. Deși conștientizarea înseamnă diminuarea rezistenței, poate funcționa ea însăși ca rezistență în evitarea situației analitice, prin autoanaliză, ca și prin evitarea instalării nevrozei de transfer în tot cursul analizei, prin ceea ce E. GLOVER numea „sacrificarea ... conflictelor genitale infantile în locul conflictelor sadic-anale, ... a sentimentelor depresive în locul celor de

culpabilitate, ... a reacţiilor homosexuale inconştiente în locul reacţiilor inconştiente heterosexuale". Cura psihanalitică se edifică pe influenţa conştientului asupra inconştientului şi ne arată că în orice caz această sarcină, oricît ar fi de dificilă, este posibilă" (S. FREUD).

Avînd rolul dinamicii transferenţiale şi al jocului rezistenţelor, conştientizarea este în primul rînd o experienţă afectivă. Din acest motiv, simpla modificare sau înţelegere la nivel intelectual rămîne fără ecou în planul personalităţii şi în plan simptomatic. În nerecunoaşterea acestei diferenţe rezidă greşeala psihanaliştilor amatori, începători, sau a celor care nu au în formarea lor profesională o analiză didactică (→ ANALIZA DIDACTICĂ, ANALIZA SALBATICĂ). FREUD sublinia de altfel diferenţa între a auzi şi înţelege şi a trăi afectiv.

596. **CONŞTIINŢĂ** (cf. lat. *conscrientia* „cunoaştere, înţelegere clară") ● Atribut definitoriu al umanităţii, cea mai evoluată formă de reflectare psihică a lumii obiective, caracterizată prin raţionalitate şi aprehensiunea propriei identităţi a individului ; conştiinţa înseamnă deci activitate psihică raţională, însoţită permanent de apercepţia Eului, ca agent unic, indivizibil şi inconfundabil al tuturor actelor sale psihice. Activitate a creierului omenesc, soldară cu limbajul, conştienţa este un produs social-istoric, constituindu-se în procesul muncii — factorul determinant al antropogenezei. Fenomen psihic a cărui geneză şi denumire sînt condiţionate istoric, conştiinţa se înfăţişează în două ipostaze complementare : conştiinţa socială şi conştiinţa individuală.

Conştiinţa socială însumează experienţa cognitivă, emoţională, habituală etc. acumulată de o comunitate umană de-a lungul istoriei sale — ansamblul de idei, credinţe, reprezentări, sentimente, din care se constituie concepţia despre sine şi despre lume a unei societăţi, reflectînd coordonatele obiective ale existenţei.

Conştiinţa individuală reprezintă reflectarea subiectivă a existenţei fiecărui om, avînd note de unicitate şi irepetabilitate. Conştiinţa socială îşi pune o amprentă mai mult sau mai puţin accentuată asupra oricărei personalităţi, astfel încît fiecare om aparţine, prin mentalitate, cunoştinţe şi deprinderi, societăţii şi timpului său, avînd însă un univers sufletesc inconfundabil, în care se împletesc elemente ale conştiinţei sociale, însuşite prin educaţie şi acte subiective, proprii fiecărui individ, corelate cu meandrele aparte ale oricărei existenţe umane şi cu trăsăturile distinctive ale fiecărei personalităţi. Pe plan ontologic, conştiinţa este o categorie fundamentală în opoziţie cu materia ; în funcţie de primordialitatea acordată materiei sau conştiinţei, concepţiile filozofice se diferenţiază în teorii materialiste sau idealiste (spiritualiste).

597. **CONŞTIINŢĂ OBSCURĂ** — *sin*. CONŞTIINŢA STINSĂ (RIBOT) ; INCONŞTIENT NORMAL (PRADINES) ; INFRACONŞTIENT (BUROLOUD) ; PRECONŞTIENT (FREUD) sin. ⇄ SUBCONŞTIENT.

598. **CONŞTIINŢĂ şi psihiatrie** ● În psihiatrie, termenul de conştiinţă are diferite interpretări, în funcţie de fundamentarea teoretică prin care se abordează studiul ei, fiecare din concepţii căutînd să aducă lumină în diferite aspecte ale psihopatologiei.

Abordarea neuropsihologică înţelege prin conştiinţă procesul orientat, finalist, de integrare a întregului sistem nervos care, pe fondul stării de veghe, prelucrează informaţiile oferite de aferenţele senzitivo-senzoriale, realizînd o reflectare subiectivă a realităţii obiective şi putînd oferi un răspuns comportamental adecvat. Se admite astfel o structurare a conştiinţei în trei niveluri :

- conştiinţa elementară (conştiinţa), care asigură starea de veghe, prezentă şi la animale şi ţinînd de structuri subcorticale ;
- conştiinţa operaţional-logică, prin care cu ajutorul percepţiei şi gîndirii se realizează o reflectare coerentă a realităţii ;
- conştiinţa axiologică, de opţiune pentru anumite valori în funcţie de criteriile sociale.

Deşi definirea conştiinţei ca esenţă comportă numeroase direcţii, anumite proprietăţi îi sînt unanim recunoscute şi anume : substratul material este creierul ; nivelul maxim de dezvoltare a conştiinţei la om a fost atins odată cu apariţia limbajului, unele atribute ale conştiinţei existînd sub o formă simplă şi la maimuţele antropoide ; conştiinţa prezintă variaţii cantitative în timp, la acelaşi subiect, dar şi variaţie ciclică (alternanţa somn-veghe) ; presupune integritatea tuturor funcţiilor psihice ; percepţie, atenţie, memorie, gîndire, afectivitate. Starea de veghe (conştienţa) este condiţia cea mai importantă care menţine un nivel de excitabilitate strict necesar desfăşurării tuturor funcţiilor psihice, pentru existenţa conştiinţei,

Din punct de vedere al rolului pe care-l are, conștiința prezintă două laturi:

- informațional-cognitivă, care utilizează: identificarea obiectelor, delimitarea real-imaginar, conceptele și simbolurile, sesizarea raporturilor și legăturilor logice dintre obiecte și fenomene, raționamentele;
- reglatoare, care realizează motivația, formularea și anticiparea comportamentului, asumarea responsabilităților, aplicarea deciziilor, fiind structurată prin sinteza unui model informațional dinamic al lumii și al propriului Eu.

Deși reprezintă sinteza întregii activități de ansamblu a creierului, anumite structuri nervoase au totuși un rol hotărîtor. Astfel, funcționarea normală a formațiunii reticulate și a sistemului centrencefalic întreține starea de veghe și alternanța veghe-somn. Sistemul limbic, cornul Ammon hipocampul și amigdala contribuie la orientarea focalizată a atenției. Trezirea, controlată prin intermediul substanței reticulate, este direct proporțională cu cantitatea stimulilor și este nespecifică. Trezirea corticală este dependentă de semnificația informațională a stimulului. Cercetările de neurofiziologie modernă au stabilit pînă în prezent contribuția precumpănitoare a cortexului, nucleilor bazali, sistemului talamic difuz și a hipotalamusului în realizarea conștiinței. Abordarea neuro-psihologică oferă explicații asupra substratului tulburărilor din conștiință, dar nu a reușit încă descifrarea mecanismului de apariție a nevrozelor, psihozelor, psihopatiilor.

Concepția psihanalitică, dezvoltată inițial de FREUD și continuată de neofreudism, explică, atît din exterior cît și din universul psihic interior, rolul inconștientului și preconștientului de a se opune prin mecanismul de refulare. Numai în isterie mecanismul refulării constituie însă un model logic, care pînă în prezent explică destul de bine anumite simptome. În celelalte afecțiuni psihice însă, raționamentele psihanalitice sînt extrem de vulnerabile.

Prin concepția organo-dinamistă, H. EY introduce noțiunea de „cîmp al conștiinței", alcătuit din ansamblul fenomenelor psihice ale existenței, la un moment dat: percepție, imaginație, sentimente, pulsiuni, activitate motorie, limbaj. Pentru EY, ca și pentru JASPERS, conștiința este „viața psihică la un moment dat", secțiunea transversală (structura sincronică), la nivelul existenței psihice a unui individ. Conștienta (luciditatea) este echivalentul clarității cîmpului conștiinței. Secțiunea longitudinală (diacronică) a vieții psihice a individului, care trece, prin totalitatea „clipelor" cîmpului conștiinței, constituie „organizarea personalității". Astfel, personalitatea ar fi alcătuită din filmul rezultat din derularea multiplelor cadre ale prezentului. Pentru EY, disoluțiile cîmpului de conștiință și ale organizării conștiinței, explică întreaga patologie psihiatrică. Astfel, disoluțiile cîmpului conștiinței de intensitate mică determină manie și melancolie, cele de intensitate medie — psihozele delirante acute și stările oneiroide, iar disoluțiile profunde determină stările confuzionale și confuzoonirice. Disoluțiile structurii profunde a conștiinței determină, cînd sînt de mică intensitate — dizarmonia; cînd sînt de intensitate medie — delirurile cronice și schizofrenia; cele mai grave disoluții determină demențele.

Abordarea conștiinței din unghiul psihologiei sociale a condus în mod inerent la delimitarea și a altor entități și corelații. Astfel, se descrie conștiința individuală, exprimînd structurarea superioară a fenomenelor psihice sub influența unor mecanisme de natură socială: limbaj, valori, simboluri. Astfel, cu cît cultura societății din care individul face parte este mai evoluată, cu atît individul își însușește mai mult din valorile ei, cu atît el este mai conștient de locul și rolul său în colectivitate și de propriile sale aspirații, pe care și le poate corela cu disponibilitățile și cerințele societății. Medii familiale dezorganizate, microgrupuri cu nivel etic coborît, pot determina structurări dizarmonice ale personalității copilului sau adolescentului, contribuind la constituirea psihopatiei sau la developarea unor predispoziții genetice spre nevroze sau psihoze.

Alterarea sau structurarea insuficientă a conștiinței morale este o trăsătură axială a personalității structurate dizarmonic, dar se întîlnește și în oligofrenii, demențe, schizofrenie.

Conștiința socială este alcătuită din totalitatea ideilor, reprezentărilor, normelor sociale, teoriilor, credințelor indivizilor unei societăți date. Datorită influenței pe care o exercită relațiile sociale, conștiința fiecărui individ este modelată de conștiința socială.

Conștiința grupului (pe care și-o formează membrii unui grup), este influențată nemijlocit de specificul relațiilor din grupul respectiv. Din această categorie fac parte și conștiința de familie, de echipă de muncă etc.

Conștiința profesională reflectă modul de integrare a unui individ în cerințele sociale ale profesiei pe care o exercită. Este rezultatul însușirii cunoștințelor și a relațiilor sociale specifice profesiei respective.

Conștiința de clasă și conștiința națională reflectă conștiința unor grupuri constituite is-

toric (clasă socială, naţiune), care işi exercită o puternică influenţă asupra conştiinţei individului.

Conştiinţa morală reprezintă ansamblul normelor etice ale unui individ sau ale unui grup reflectate în conştiinţa membrilor grupului.

Conştiinţa de sine constituie reflectarea în conştiinţa individului a propriei existenţe psihice şi sociale. Se structurează în cadrul relaţiilor sociale, individul cunoscîndu-se pe sine şi delimitîndu-se de ceilalţi prin comparare cu semenii săi. Astfel, el devine o conştiinţă personalizată, individualizată.

Personalităţile structurate dizarmonic işi structurează o imagine deformată atît despre lume cît şi despre sine. Delirurile cronice şi, mai ales, schizofrenia determină o distorsionare delirantă sau o bulversare a conştiinţei de sine.

599. **CONŞTIINŢĂ** — *tulburări* ● În funcţie de accepţiunile psihiatrice ale termenului, se poate realiza o sistematizare didactică a principalelor modalităţi de existenţă a conştiinţei şi a tulburărilor ei :

- *Cîmpul de conştiinţă* care integrează prezenţa în lume, permiţîndu-i subiectului să se situeze în raport cu semenii săi, să-i înţeleagă lucid şi să se adapteze schimbărilor pe care le percepe.
  - tulburările cîmpului de conştiinţă :
    - — tulburările clarităţii şi integrării cîmpului conştiinţei : obtuzia, hebetudinea, torpoarea, obnubilarea, stuporul, soporul, suspendarea completă a conştiinţei ;
    - — tulburările structurii cîmpului conştiinţei :
      - — îngustarea cîmpului conştiinţei ;
      - — starea crepusculară ;
      - — confuzia mintală (stările confuzionale) : oneirodia, amenţia ;
- *Conştiinţa de sine a subiectului*, ca sentiment al propriei identităţi.
  - Tulburările conştiinţei de sine :
    - — Tulburările conştiinţei corporalităţii (somatognozia) :
      - — tulburări de schemă corporală de tip neurologic : sindromul Gerstmann, sindromul Anton-Babinski ;
      - — tulburări de schemă corporală de tip psihic : cenestopatii, sindrom hipocondriac, sindrom Cotard ;
      - — desomatizare : dismorfofobia, heautoscopia ;
    - — Tulburările conştiinţei realităţii obiectuale : derealizarea.
    - — Tulburările conştiinţei propriei persoane : personalitatea multiplă, depersonalizarea, automatism mintal.
    - — Tulburările somnului şi visului ; insomnii, hipersomnii, visul.
- *Conştiinţa morală*, care se referă la capacitatea de înţelegere şi judecată, reflectată în comportamentul subiectului, conform cu anumite norme deontice şi un sistem axiologic, obţinută prin encculturaţie şi autostructurare.

600. **CONTACT AFECTIV** (cf. lat. *contactus* „atingere, contact") ● Relaţie emoţional-afectivă, exprimată în termeni de atracţie-respingere (simpatie-antipatie) sau indiferenţă, care caracterizează orice întîlnire între două persoane. Noţiunea se valorizează practic în aproape orice moment al existenţei de zi cu zi, avînd în vedere faptul că omul este în primul rînd o fiinţă socială. Fără acest contact afectiv, viaţa nu ar fi decît o sumă de monologuri care s-ar pierde în eternul universului, o „culegere" de arii în care soliştii ar cînta fiecare pe scena sa.

În psihiatrie, problema contactului afectiv este deosebit de importantă, din două puncte de vedere : unul se referă la gradul de comunicare pe care îl realizează medicul cu pacientul său, al cărui substrat este puternic încărcat de sentimente şi care-i permite primului un diagnostic corect, o apropiere cît mai bună de sufletul omului aflat în suferinţă şi de impasul în care se află ; al doilea decurge firesc din premisa anterioară (dacă se realizează) şi constă în stabilirea unei relaţii psihoterapeutice eficiente, fundamentală pentru actul terapeutic. Pacientul se află pe scaunul din faţa medicului, încărcat de toate speranţele înţelegerii, dar şi ale rezolvării suferinţelor sale prin remediile ce i se vor oferi. Anxietate, insecurizare, suferinţe şi speranţă, încredere - acestea sînt sentimentele pe care bolnavul le afişează, mai direct sau mai voalat, celui pe care l-a ales (situaţia optimă) spre a-i fi tămăduitor. Înţelegerea, căldura sufletească, omenia, răbdarea şi asigurarea trebuie să fie instrumentele cu care psihiatrul va opera în „plaga" pacientului său. În acest sens medicul, după cum afirma E. MAY, trebuie să vadă în faţa sa un om cu suflet, nu o simplă fiinţă vie. Mai mult, psihiatrul va căuta să nu creeze bolnavului impresia că se află în situaţia unui obiect care urmează să fie clasificat. Oprtime pentru succesul terapeutic sînt sentimentele de încredere, stimă, simpatie (din partea pacientului), dar sînt posibile şi cele de îndoială, teamă, dispreţ, ură. În această relaţie afectivă care se stabileşte între bolnavul psihic şi medicul său, empatia, atitudinea simpatetică şi identificarea sînt etape care asigură permeabilizarea canalului care atinge esenţa persoanei (înlăturînd inerentele complicaţii în

plus sau în minus față de interrelația personală medic-bolnav). Este sugestivă expresia folosită de MILCOVEANU pentru relația de simpatie, de contact afectiv optim: „antanta cordială" între medic și pacient, premisă pentru asigurarea unui „dublu tansport psihologic" (ATHANASIU). Este însă preferabil termenul de „contact comunicant", care oferă nu numai o viziune superioară, la nivelul intercomunicării, dar deschide și posibilități de studiu prin metode lingvistice, psiho-lingvistice, socio-lingvistice, semiotice.

O altă semnificație a contactului afectiv funcționează, în psihopatologie, prin opoziție cu fenomenul denumit „pierderea contactului vital cu realitatea" (MINKOWSKI), prin care, în spirit bergsonian, se definește ecoul procesului disociativ bleulerian asupra afectivității în schizofrenie. În viziunea lui MINKOWSKI, contactul afectiv este inferior ca circumscriere celui vital, constituind numai un sector al existenței, o latură a comunicării, și fiind constrins intre anumite limite (→ CONTACT VITAL). Alterarea sa reprezintă numai o componentă a procesului disociativ, element psihopatologic central în schizofrenie. Rămînînd în cadrul psihozelor, maniacalul cumulează în cel mai înalt grad afectivitate în contactul pe care-l realizează cu semenii săi, dar caracterul patologic este marcat prin superficialitatea unui „prea plin" care aparent îl apropie, dar în realitate îl situează deasupra normalității. Prin opoziție, depresivului ii „pălește" posibilitatea realizării unor legături cu cei din jurul său, datorită suprasaturației cu afecte negative, fiind mult prea adîncit în propria-i durere. Păstrînd limitele definirii nosografice, structurile dizarmonice de personalități schizoide și hipertim — timopate depresive pot fi recunoscute și ele prin trăsăturile pe care le conferă capacitatea de comunicare pe linia afectivității, deși alterarea contactului afectiv este, în aceste cazuri, de o intensitate mai redusă.

În cazul isteriei pe prim plan se afirmă egocentrismul care poate fi deseori „disimulat" (în funcție de complexitatea personalității și gradul de cultură) în roluri cu puternică încărcătură afectivă, puse în slujba „farmecului" personal. Cît despre oligofreni sau demenți, contactul afectiv este pus întotdeauna în umbra sărăciei ideative (primare sau secundare) căpătînd în unele cazuri valențe de supracompensare. Indiferența afectivă rămîne apanajul stărilor de tulburare a conștiinței (sindrom confuzional de diferite etiologii, demență, oligofrenie gravă) și a stărilor defectuale postprocesuale (în special forma hebefrenică a schizofreniei).

601. CONTACT[D] *delir* ● Delir descris de ESQUIROL în 1838, în cadrul „nebuniei atingerii". Bolnavul, îngrozit de murdăria pe care anumite obiecte ar putea-o transmite (mai ales clanțele, robinetele, butoanele), își ia nesfîrșite măsuri de precauție pentru a evita contactul direct. Apariția unui comportament ablutomanic este de asemenea frecventă. Maximum de intensitate al acestui delir este însoțit, după MICHAUX, de refuzul de a părăsi patul, pentru evitarea oricărui contact „periculos".

602. CONTACT MEDIC-PACIENT ● După cum afirmă PAMFIL, bolnavul psihic este cel „care suferă și are nevoie de conștiința noastră, a psihiatrilor, pentru a și-o oglindi pe a sa". Psihiatria este prin excelență ramura medicinii în care participarea empatică este obligatorie în întîlnirea și dialogarea cu omul bolnav, fiind necesar deci ca această întîlnire să se producă într-o ambianță plină de comprehensiune, solidaritate cu suferința. Medicul se „angajează" — mai mult decît în oricare altă specialitate — să înțeleagă bolnavul, paralel cu înțelegerea procesului patologic obiectivizat în cursul dialogului. Acest dialog stabilește contactul, comunicarea reciprocă dintre medic și pacient, comunicare dublată de „o generoasă dăruire de la vindecător spre suferind" (PAMFIL).

Arta stabilirii contactului medic/pacient (bolnav psihic) este dată de capacitatea primului de a înțelege individul ca fiind unic și irepetabil în identitatea sa. Aceasta este explicația faptului că un suferind psihic va stabili un contact bun numai cu un anumit medic sau numai într-un anume moment, momentul în care bolnavul va simți că suferința sa găsește simpatie în înțelegerea terapeutului. Contactul medic-bolnav psihic reprezintă o relație interumană de tip special și nu poate fi bun decît în condițiile în care bolnavul are o deplină încredere în medic, astfel încît să-și poată dezvălui în fața acestuia „tenebrele" suferinței sale tainice care, uneori, nu au constituit obiectul nici unei alte confesiuni. În fața bolnavului psihic, psihiatru nu-și va nega niciodată identitatea sa de medic, evitînd atitudinea de complezență sau confruntarea de opinii (care poate fi temperată sau amînată). În nici un caz atitudinea medicului nu va fi indiferentă de atitudinea, gestica și afirmațiile bolnavului. Atitudinea medicului nu va fi niciodată ostilă.

Dacă în oricare altă specialitate medicală, primul contact cu pacientul îi poate releva medicului existența unei suferințe cardiace, digestive etc. (internistul, chirurgul au la îndemînă o serie de mijloace clinice și para-

clinice prin care se poate stabili cu claritate diagnosticul de la prima intîlnire) de cele mai multe ori obţinîndu-se şi colaborarea din partea pacientului, în sensul acordului său la conduita terapeutică; în psihiatrie, nu de puţine ori, primul contact nu înseamnă altceva decît o „tatonare" reciprocă a celor doi parteneri.

Primul contact va însemna un început al cunoaşterii, cunoaştere care va putea fi completă numai prin atitudine constant comprehensibilă faţă de suferinţa umană, prin climatul de încredere şi securizare pe care medicul ştie să-l ofere suferindului. Variantele de desfăşurare a acestei interrelaţii umane sînt practic egale cu numărul bolnavilor psihici (şi nu al bolilor). De obicei, nevroticul „de abia aşteaptă" să se dezvăluie în faţa medicului şi să se „abandoneze" îngrijirii acestuia, acordîndu-i de la început creditul rezolvării întregii problematici a derapajului său existenţial, contactul medic-pacient fiind în acest caz contactul „fiinţă slabă suferindă"-specialist cu puteri „magice". Nu la fel se petrec lucrurile cu bolnavul psihotic, aflat la primul contact cu un psihiatru; el va păstra o rezervă, trebuindu-i timp pentru a-şi dezvălui suferinţa. Cei doi parteneri ai relaţiei psihiatru/bolnav psihotic se studiază reciproc; în acest cuplu primul trebuie să capete încrederea celuilalt, să-i înlăture suspiciunile, să-i dovedească că se angajează alături de el în lupta împotriva chinuitoarelor suferinţe lăuntrice; cel de-al doilea partener, pacientul, are o atitudine de expectativă şi continuă tatonare, încercînd să se convingă că medicul „merită" încrederea sa. Acest lucru este dificil, deoarece pacientul, retras în „turnul de fildeş" al trăirilor sale, este detaşat complet de ambianţă, căreia îi aparţine şi medicul. De obicei, sensul relaţiei nu este (şi nu poate fi), cel puţin la început, de la bolnav la medic (adică de la autist la lumea reală), ci de la medic la pacient; medicul este acela care va încerca să găsească anevoiosul drum al comunicării cu bolnavul, acea unică uneori undă de rezonanţă. Pentru depresivul retras în durerea sa morală, lipsit de elan vital, convins de inutilitatea a tot şi a toate (inclusiv a consultaţiei şi îngrijirii medicale), este dificilă dacă nu aproape imposibilă, stabilirea oricărui contact, a oricărei relaţii umane (mai ales cu un partener necunoscut). Încurajările sterile, atitudinile de complezenţă, stereotip-binevoitoare, nu vor face decît să înalţe zidul dintre depresiv şi medic. Contactul se stabileşte numai cînd medicul dovedeşte faptic întreaga sa angajare în suferinţa bolnavului, numai cînd îl convinge cu tact, înţelegere, răbdare şi un infinit devotament, că-l poate ajuta. Capacitînd încrederea bolnavului, psihiatrul va dobîndi şi colaborarea acestuia la tratamentul chimio- şi psihoterapeutic. Trebuie avut de asemenea în vedere faptul că, oricît de bun ar părea la un moment dat contactul medic-pacient şi oricît de mare ar fi satisfacţia succesului „terapeutic", există „cozi ale depresiei", afecţiune grevată de riscul suicidar, ceea ce reclamă o mare prudenţă şi mult discernămînt, pentru a nu încheia prea devreme supravegherea clinică şi contactul cu bolnavul prin stereotipele finaluri de foaie de observaţie: „vindecat", „ameliorat".

Aparent, contactul cu maniacalul este uşor de stabilit; este numai o aparenţă, deoarece pentru maniacal orice interrelaţie umană este un joc, tendinţa lui fiind de a atrage totul în activitatea sa ludică. De aceea, contactul medic-bolnav maniacal, cu cît pare a fi mai uşor de realizat, cu atît poate fi mai lipsit de substanţă. Tactul şi atitudinea fermă (neînsoţită însă de o prea mare austeritate) vor stabili raportul medic-pacient pe coordonatele autorităţii medicului faţă de acest tip de bolnav psihic, autoritate necesară pentru a obţine colaborarea acestuia la conduita terapeutică.

O situaţie particulară şi deloc uşoară apare în cazul contactului medic-bolnav delirant paranoid. Contrazicerea brutală, chiar dacă este logică, nu numai că va compromite întreaga desfăşurare a contactului dintre psihiatru şi pacientul său, ci va conduce chiar la inglobarea psihiatrului în cercul „duşmanilor", „urmăritorilor". Cealaltă extremă, pactizarea cu convingerile bolnavului (de multe ori pentru a nu-i provoca acestuia o stare de agitaţie) riscă în unele cazuri să conducă la un fel de „folie à deux". Între aceste două extreme se situează atitudinea fermă, dar amabilă, înţelegerea delirului ca o suferinţă (chiar dacă este expansiv) şi „angajarea" alături de pacient în lupta împotriva acestei suferinţe. Aceasta înseamnă a-l convinge pe bolnav că a înţelege ceva nu este identic cu a accepta acest ceva. Contactul se va stabili atunci cînd pacientul va fi convins că este înţeles (chiar dacă nu sînt acceptate convingerile sale).

Contactul medic-pacient capătă o coloratură aparte, plină de fine nuanţări, atunci cînd partenerul său în această relaţie interumană este adolescentul. Oferirea şabloanelor parentale ca soluţie nu va duce decît la declanşarea unei adversităţi din partea adolescentului; acesta trebuie să găsească în psihiatru un confident căruia să i se poată adresa şi care-l tratează ca pe un adult.

Contactul pe care medicul il stabileşte cu pacientul său face parte din însuşi demersul terapeutic ; în psihiatrie bolnavul are nevoie de încredere în medic mai mult decît în medicaţie, pentru că el, marele izolat, numai în acest cadru poate stabili şi poate reînvăţa să stabilească contactul interuman. Acest contact va constitui pentru bolnavul psihic punctul iniţial al unei reintegrări în rîndul lumii, punct la care oricînd el se poate întoarce, astfel încît în psihiatrie contactul medic-pacient este practic nelimitat în timp spre deosebire de alte situaţii în care rezolvarea problemei strict medicale reprezintă limita intervenţiei medicului.

603. CONTACT VITAL ● Termen introdus de MINKOWSKI, care-l defineşte drept „sincronismul între elanul personal şi ambianţă". Alterarea contactului vital este întîlnită în psihoze, îndeosebi în schizofrenie, unde reprezintă, în opinia autorului, tulburarea esenţială.

604. CONTAGIUNE MINTALĂ (cf. lat. *contagio* „contact, contagiune") — sin. INFECŢIE PSIHICĂ ● Transmiterea simptomelor psihice de la un individ la altul, limitîndu-se la reproducerea de către indivizi cu personalitate slabă a unor comportamente care i-au impresionat. Se descriu forme epidemice, cînd contaminarea se face în masă : în rîndul soldaţilor demoralizaţi, printre membrii diverselor secte, în rîndul bolnavilor (de obicei este vorba de manifestări isterice sau de idei delirante mistice).

LASÈGUE şi FALRET au descris primii delirul „a deux" (delirul indus), în care delirantul inductor, de obicei paranoic, face ca delirantul indus, de obicei legat afectiv de inductor şi cu un oarecare grad de insuficienţă cognitivă, marcat deci printr-o sugestibilitate crescută, să adopte ideile delirante ale primului. Această formă de contaminare este reversibilă, ea încetînd în clipa separării celor doi, şi în genere nu este întîlnită decît în cazul debilităţii mintale, a intelectului liminal şi a dizarmonicilor de tip isteric.

Trebuie subliniat că prin contagiune mintală nu se înţelege îmbolnăvirea unui subiect sănătos mintal în urma contactului cu un bolnav psihic, opinie încă acreditată cu o supărătoare superficialitate referitor la personalul ce lucrează în domeniul psihiatriei. Absurditatea acestei opinii este evidenţiată şi de numărul redus al bolnavilor psihici care se internează precum şi de durata limitată a internărilor ; bolnavii psihici trăiesc în majoritatea timpului în afara spitalului, printre noi toţi, fără a prezenta vreun risc de contaminare.

605. CONTAMEX[M] R.F.G. — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12-b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-/1,3/-oxazin/3,2-d//1,4/ benzodiazepin-4,7(6H)-dionă, cu acţiune puternic anxiolitică şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină, copiilor şi vîrstnicilor.

606. CONTEMPLATIVISM (cf. lat. *contemplatio* „observare, examinare") ● Orientare gnoseologică specifică materialismului premarxist, care atribuie individului un rol pasiv în procesul cunoaşterii, înţeleasă îngust, numai ca receptare perceptivă a obiectului. Limitele contemplativismului materialist-metafizic, criticat de către MARX în „Teza despre FEUERBACH" şi în „Ideologia germană", se evidenţiază şi sub aspect antropologic : omul nu este definit ca subiect al praxisului social-istoric, ca fiinţă activă ce modifică în mod efectiv prin activitatea sa atît realul, cît şi propria esenţă, ci numai ca spectator pentru care lumea nu este altceva decît obiect de contemplaţie. Ignorînd obiectivaţiile prin care omul îşi edifică în practică materialitatea socio-culturală a fiinţei sale şi reducînd esenţa umană la aptitudinea spiritului de a contempla teoretic universul, materialismul metafizic şi-a istovit elanurile generoase de emancipare a umanităţii prin eliberarea conştiinţei de false reprezentări şi prin răspîndirea ideilor progresiste, eludînd importanţa activităţii practice de schimbare a existenţei sociale.
— ● Doctrină etică pentru care contemplaţia, detaşarea reflexivă faţă de capcanele, zădărnicia şi dezarmările vieţii active, angajate, reprezintă idealul moral, suprema virtute şi unicul mod de viaţă ce promite fericirea autentică.

607. CONTEMPLAŢIE (cf. lat. *contemplatio*) ● Concentrare spirituală de mare intensitate în examinarea unui obiect realizată empiric sau ideal. În actul de contemplaţie individualitatea subiectului se estompează, Eul fiind cucerit şi ocupat de prezenţa tot mai vie a entităţii contemplate. Marile doctrine etice ale antichităţii au situat contemplaţia printre cele mai înalte virtuţi morale, privind-o ca atribut definitoriu al înţeleptului ce caută adevărata fericire în seninătatea meditaţiei, stăpînindu-şi patimile şi ocolind primejdiile angajării în acţiune. Doctrinele mistice acordă contemplaţiei un rang şi mai înalt, socotind că — împinsă pînă la beatitudine — aceasta poate oferi individului revelaţii al căror conţinut eidetic transcende orizontul cunoaşterii discursive. Nicăieri însă rolul contemplaţiei nu este atît de reliefat ca în gîndirea indiană animată

de credința în virtuțile purificatoare ale reflexiei, prin care Eul se cufundă în identitatea transsubiectivă a forțelor cosmice primordiale. În budism (doctrină care a influențat o serie de gînditori europeni de seamă), contemplația primește o funcție eschatologică; asociată cu practicile psihosomatice yoga, retragerea contemplativă din fața vieții tulburate de apetențe și iluzii este considerată un remediu al suferinței și drept singura cale de mîntuire — ieșirea sufletului nemuritor din lanțul reîncarnărilor și cufundarea lui în abisul extatic al infinitului impersonal și inconștient, nirvana.

608. CONTENȚIE — *mijloace* (cf. lat. *contentio* „încordare, sforțare") ● Modalități folosite de psihiatria clasică pentru stăpînirea bolnavilor psihici agitați, printre care cele mai frecvente erau : cămașa de forță, centura de forță, brasiera ; la acestea, MAGNAN a asociat ulterior clinoterapia, hidroterapia, izolarea. În prezent astfel de mijloace au dispărut din practica terapiei psihiatrice, datorită apariției medicamentelor psihotrope care au înlocuit metodele fizice dure („cămașa de forță" cedînd locul unei „veste chimice").

609. CONTINGENȚĂ (cf. lat. *contingere* „a se întîmpla") ● Categorie ce desemnează fenomenele a căror existență nu este necesară, întrucît decurg din intersectarea întîmplătoare a unor lanțuri cauzale independente. În anumite contexte, contingența capătă o dimensiune depreciativă, desemnînd un registru inferior al existenței, perisabil și întru-totul supus hazardului.

610. CONTOL[M] Japonia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON[M].

611. CONTOMIN[M] Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetil-amino-propil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN[M].

612. CONTRAAGRESIVITATE (cf. *contra-* ; fr. *aggressif* ; vezi lat. *aggressio* „atac") ● Reacție al cărui sistem este agresivitatea. Contra-agresivitatea este în raport direct cu gradul de agresivitate. Ea trebuie luată în considerare în relația care apare între îngrijit și cel care îl îngrijește, de exemplu în secțiile sau saloanele de bolnavi agitați.

613. CONTRACONDIȚIONARE (cf. *contra-* ; lat. *condicio* „condiție") — sin. INHIBIȚIE RECIPROCĂ ● Procedeu prin care răspunsul la un stimul este înlocuit sau diminuat, dacă acel stimul se asociază cu un altul avînd o semnificație opusă. Termenul de contracondiționare este folosit în două moduri :

- asocierea a doi stimuli, S_1 și S_2, cu semnificații opuse, duce la înlăturarea reflexului mai slab ;
- asocierea celor doi stimuli determină diminuarea sau stingerea reflexului mai slab, dar acest lucru nu este efectul numai a acestei asocieri, ci și al intervenției altor factori, ca obișnuirea, acumularea, inhibiția etc.

Cele două moduri de utilizare pot fi mai bine înțelese dacă ne referim la nivelul de atractivitate a stimulului : într-un caz avem de-a face cu o descreștere a atractivității față de S_1 prin asocierea acestuia cu S_2, iar în celălalt caz — cu o creștere a atractivității față de S_1 prin asociere cu S_2. Contracondiționarea a fost utilizată terapeutic pentru prima oară de M. GEONES (1914), în tratamentul unei fobii față de șoareci la un copil de 3 ani. Șoarecele (S_1) provoacă copilului o puternică reacție de teamă. Pentru a stinge acest răspuns, GEONES a expus copilului un șoarece aflat într-o cușcă la o distanță mare. În timpul expunerii, copilul (S_2) a fost hrănit cu una din mîncărurile care-i plăceau foarte mult. Hrana a determinat apariția unei reacții de plăcere, incompatibilă cu teama provocată de șoarece. Cușca a fost adusă din ce în ce mai aproape, pînă cînd copilul a ajuns să atingă șoarecele cu mîna, fără să mai apară răspunsul de teamă. Contracondiționarea a început să fie larg utilizată terapeutic, mai ales în nevroze, odată cu apariția lucrărilor lui WOLPE (1958). Acesta considera nevroza ca o reacție sau un șir de reacții neadaptative, rezultate în urma unui proces de condiționare (învățare), care a avut loc în viața individului într-un trecut mai mult sau mai puțin îndepărtat, cînd acesta a fost expus unei situații generatoare de emoții negative (anxietate, depresie etc.). Tratamentul constă în crearea unei stări emoționale incompatibile cu emoția negativă care, activată în mod repetat, duce la inhibarea acesteia din urmă. Contracondi-

ționarea este frecvent utilizată în tratamentul fobiilor, a unor disfuncții sexuale, a obsesiilor etc.

614. CONTRACTURĂ (cf. lat. *contractius* „strîns, strimt") ● Contracția persistentă, involuntară, a unui mușchi sau grup muscular, însoțită de o rigiditate musculară. Se produce sub influența unui influx nervos sau a unor excitații directe (agenți fizici sau chimici), putînd fi antalgică, miogenică, neurologică, ischemică, funcțională. Este descrisă în infecția tetanică, tetanie, intoxicații (de exemplu, cu stricnină), isterie, afecțiuni ale sistemului nervos central (de exemplu, în parkinsonism), ca efect secundar al terapiei cu neuroleptice etc. În isterie, contractura apare în cadrul manifestărilor paroxistice din mica criză isterică, sub forma crizei tetaniforme, cît și în manifestările de durată (contracturi și spasme cărora nu li se poate evidenția caracterul de organicitate, dar este prezentă atitudinea demonstrativă). În crizele de tetanie, precedate de amorțeli și crampe ale extremităților, se instalează contractura maseterilor și spasmul carpopedal, care cedează la administrarea de calciu. În boala Parkinson și în parkinsonism, contractura este de tip extrapiramidal, plastică, predominînd la musculatura rădăcinii membrelor și mușchilor cu rol în statică; atitudinea generală este în flexie, iar mușchii sînt rigizi la mobilizarea pasivă (în „țeavă de plumb" sau „roată dințată"). Activitatea motorie voluntară este diminuată. Contractura din sindromul piramidal afectează numai anumite grupe musculare și este maximă la începutul mișcărilor pasive, diminuînd progresiv cu repetarea mișcării (în „lamă de briceag"). În catatonie rigiditatea se poate menține mult timp și are aspectul flexibilității ceroase, constînd în rezistența de tip plastic a maselor musculare la mobilizarea pasivă. Terapia cu neuroleptice cuprinde între efectele sale secundare și sindromul în care este prezentă contractura : sindromul diskinetic-hiperton, sindrom akineto-hiperton (sindrom parkinsonian neuroleptic), sindrom hiperkinetic-hiperton.

615. CONTRADICTORII(H) *halucinații* (cf. lat. *contradicere* „a contrazice, a se împotrivi") sin. → ANTAGONISTE(H) halucinații.

616. CONTRADICTORIU(D) *delir* (cf. lat. *contradicere*) ● Delir în care bolnavul susține puncte de vedere deosebite și în vădită opoziție cu realitatea, cum ar fi posesia unor averi imense, în timp ce cîștigul zilei îi este limitat la cîteva unități monetare. Bolnavul nu sesizează de loc contradicția din afirmațiile sale. Este tipic în paralizia progresivă, în care delirurile au drept marcă comună „absurditatea, mobilitatea, contradicția și incoerența" (FALRET). Poate fi întîlnit și în alte demențe și uneori în stări maniacale.

617. CONTRADICȚIE (cf. lat. *contradictio* „contrazicere, obiecție") ● Sub aspect filozofic, termenul definește coexistența necesară înlăuntrul aceluiași obiect sau proces a unor laturi opuse (aspecte, proprietăți, determinații), care tind să se anuleze reciproc, deși nu pot ființa decît împreună, una prin cealaltă, într-o încleștare ce dă consistență și dinamism interior lucrurilor. În gîndirea metafizică contradicția era considerată drept o carență ontică, aparentă, a intelectului mărginit, cu neputința de a sălășlui în miezul realului. În viziunea dialectică contradicția este privită, dimpotrivă, ca proprietate universală a existenței și forță motrice internă a devenirii. Dezbinarea dintr-un început a unicului în forțe opuse, care se presupun tocmai în măsura în care se exclud reciproc, este proprie oricărei ființe cu tensiune lăuntrică, făcînd-o să-și păstreze coerența și „pulsația" prin „împăcarea" forțelor opuse, și nu prin „triumful" uneia dintre ele asupra celeilalte ; contradicția se rezolvă prin dispariția ambelor forțe, odată cu lucrul în care ființează și care trece într-o nouă formă de existență, cu proprietăți și contradicții diferite.

În logică, prin contradicție se înțelege raportul de opoziție dintre două propoziții, dintre care una este negația explicită a celeilalte, astfel încît, dacă una dintre propoziții este adevărată, cealaltă este cu necesitate falsă și invers.

618. CONTRADICȚIE FORMALĂ ● Raportul care se stabilește între două noțiuni sau judecăți, dintre care una este negatia explicită sau implicită a celeilalte. De exemplu, „X este om", „X nu este om". Contradicțiile formale pot fi de mai multe feluri, în funcție de complexitatea lor : contradicții simple ; contradicții provenite din nedefinirea suficient de corectă a noțiunilor corective ; autocontradicții (de exemplu, „oamenii nu sînt ființe raționale") ; antinomii ; paradoxuri. Gîndirea schizofrenică admite toate tipurile menționate de contradicții, inclusiv autocontradicțiile, care contribuie la nota bizară a gîndirii bolnavului. În mod normal, frecvența contradicțiilor formale este invers proporțională cu nivelul de inteligență al subiectului și cu gradul de

şcolarizare. Subiecţii cu întîrzieri mintale admit şi ei contradicţiile formale, pe care nici nu le sesizează.

619. CONTRAEXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ (fr. *contre-expertise*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ.

620. CONTRAFOBIC (cf. *contra-*; gr. *phobos* „frică") ● Conduită de adaptare la simptom, constînd în utilizarea de către bolnavul fobic a unor obiecte, persoane, situaţii, în scopul diminuării angoasei, atunci cînd situaţia fobogenă nu poate fi evitată. Analiza conduitei contrafobice duce la concluzia că ea reprezintă fie realizarea indirectă a dorinţei refulate, fie un intens beneficiu secundar al maladiei. După O. FENICHER, consecutiv mecanismului de deplasare şi proiecţie care stă la baza apariţiei fobiei, are loc regresia la o perioadă în care protecţia împotriva angoasei vine de la anturaj. În acest caz, căutarea unui obiect contrafobic apare fobicului ca o soluţie. Dacă obiectul contrafobic este o persoană, faptul că acea persoană devine de neînlocuit şi este constrînsă la un anumit comportament poate fi interpretat ca o realizare indirectă a tendinţelor agresive vizînd această persoană (tatăl sau mama în fobiile copilului; un soţ absent generator de frustrare şi pus în situaţia de a-şi însoţi mereu soţia cu agorafobie etc.).

Persoana cu comportament contrafobic caută situaţii periculoase (reale sau imaginare) la care aderă. Printre alpinişti, paraşutişti, speologi pot exista persoane cu acest tip de comportament. Jocul copiilor conţine elemente contrafobice iar modelele comportamentale implică, după J. C. NEMIAH (1985), un mecanism de relaţionare prin care se face identificarea cu agresorul.

621. CONTRAINDICAŢIE (fr. *contre-indication*; cf. lat. *contra*; *indicatio* „indicare") ● Situaţie (nedorită) în care aplicarea unei anumite terapii (medicamentoase, fizice, chirurgicale, psihoterapice etc.) aduce prejudicii bolnavului. Această condiţie apare în mod aleatoriu, la interferenţa dintre starea patologică a pacientului şi necesitatea administrării unui anumit tratament, în vederea ameliorării sau vindecării acesteia. Aspect sesizat în practica medicinii încă din antichitate, contraindicaţiile remediilor administrate bolnavilor în acele timpuri au fost sintetizate în principiul hipocratic „primum non nocere". De atunci şi pînă în zilele noastre dictonul a rămas la fel de valabil, mai ales în condiţiile îmbogăţirii şi diversificării fără precedent a mijloacelor terapeutice, în special pe calea sintezelor chimice.

Incontestabilele mutaţii produse în terapia psihiatrică în ultimele cinci decenii au adus, pe lîngă imensele avantaje pentru bolnavul psihic (în tot ceea ce include el ca unitate bio-psihosocială) şi o nouă problematică în privinţa eventualelor prejudicii, solicitînd opţiunii pe care medicul psihiatru o face un înalt grad de responsabilitate, dublată de curaj şi luciditate profesională.

Contraindicaţia terapeutică în psihiatrie poate fi luată în consideraţie la nivelul unui tip general de terapie (chimioterapie, electroterapie, insulinoterapie, psihoterapie), la nivelul unor grupe medicamentoase psihotrope (sedative, neuroleptice, antidepresive etc.) sau la nivelul unor tehnici de psihoterapie (psihanaliza, psihoterapiile scurte, hipnoza etc.). Stabilirea unor contraindicaţii, absolute sau relative, constituie un moment de greu răsunet în expectativa reuşitei terapeutice finale, în care rolul medicului psihiatru este decisiv, bolnavul trebuind să beneficieze de o „protecţie" desăvîrşită, ale cărei eventuale fisuri pot greva sau chiar împiedica cursivitatea actului terapeutic.

Nivelul înalt de accesibilitate a populaţiei la informaţia medicală reprezintă un cîştig psihologic important, dar poate fi uneori şi o frînă în acceptarea unui anumit gen de terapie. Prospectele însoţitoare ale produselor medicamentoase, agendele medicale (care uneori, uitînd că se adresează şi publicului larg, nu numai specialiştilor, abundă în enumerări la punctul contraindicaţii), afirmaţii insuficient argumentate sau ambigui ale personalului medical (avînd o puternică încărcătură iatrogenă, la care bolnavul psihic este un receptor ideal), insuficienta atenţie pe care medicul curant o acordă explicării posibilelor contraindicaţii ale unui medicament (contraindicaţiile absolute sînt, totuşi, destul de rare), toate acestea sînt circumstanţe care, în mîna dibace a psihiatrului, pot fi transformate din nefavorabile în favorabile, slujind scopul vindecării bolnavului. În ceea ce priveşte contraindicaţiile terapiilor biologice specifice (chimioterapia), deşi restrînse, ele sînt reprezentate îndeosebi de insuficienţe organice (hepatice, renale, respiratorii, circulatorii, adenom de prostată, alcoolism acut); sedativele şi majoritatea neurolepticelor sînt contraindictate în boli infecţioase febrile şi în febră ca atare, în tratamentul simultan cu anticoagulante sau antidiabetice, la vîrsta înaintată

- Pentru *grupa neurolepticelor* se menționează drept contraindicații absolute : glaucomul cu unghi închis, adenomul de prostată, intoxicațiile acute (alcool, barbiturice) și starea de graviditate (mai ales primul trimestru) ;
- *Tranchilizantele* nu sînt indicate în miastenie, insuficiențe respiratorii grave, glaucom (contraindicație absolută) și la subiecții cu antecedente de intoleranță, afectare hepato-renală și cardiovasculară gravă, la vîrstele extreme, în tendințele toxicofilice și la profesiile care necesită coordonarea permanentă psihomotorie (șoferi, dispeceri), în tratamentul ambulator (contraindicație relativă) ;
- *Grupa antidepresivelor triciclice* este în mod absolut contraindicată în cazul glaucomului cu unghi închis și al retenției de urină, iar pentru terapia cu IMAO se exclud bolnavii cu fragilitate vasculară cerebrală sau cei cărora trebuie să li se administreze anestezie generală. Situații ca : tulburări de ritm cardiac, hipertrofia de prostată, antecedente de glaucom, tulburări arteriosclerotice cerebrale, subiecți în vîrstă, insuficiență hepatică sau renală, epilepsie, alcoolism — impun luarea unor măsuri de precauție din partea medicului psihiatru.
- *Sărurile de litiu* (timo-izoleptice) sînt contraindicte în psihoza maniaco-depresivă forma bipolară care beneficiază de tratament continuu cu alte antidepresive, psihoza maniaco-depresivă cu durată mică între accese, epilepsie, afecțiuni renale acute și cronice, afecțiuni cardiace grave, afecțiuni cu tulburări ale repartiției sodiului, insuficiența hepatică cronică sau acută, hipertiroidie (relativ), sarcină (fără a exista dovezi precise).
- *Electroterapia* are și ea contraindicații absolute : sindrom de hipertensiune intracraniană, tumori cerebrale, anevrism cerebral sau aortic, insuficiență coronariană severă, flebite recente, tratament concomitent cu anticoagulante, situații care contraindică anestezia (în cazul electroșocului protejat) și — relative : hiper- și hipotensiunea arterială, alte afecțiuni cardiace, stare de deshidratare severă, hepatită în antecedente, fragilități osoase, leziuni musculare, stări febrile, TBC evolutiv, pneumotorax, pneumectomie, astm bronșic, hemiplegii de origine vasculară, paralizia generală, encefalite.

Unele din situațiile menționate mai sus precum și sarcina, vîrstele extreme (copii și bătrîni), au încetat să mai reprezinte o contraindicație absolută la introducerea tehnicii de electroterapie protejată prin anestezie (→ ELECTROTERAPIE).

Evaluarea globală și critică, optimismul prudent și decizia promptă din partea medicului în alegerea „celui mai bun" tratament pentru bolnavul său, ca și cunoașterea metodelor de combatere a eventualelor efecte nedorite, generate de nerecunoașterea la timp a unor contraindicații, reprezintă „armele" de care trebuie să dispună orice psihiatru.

622. **CONTRAINVESTIȚIE** (cf. *contra-* ; germ. *Investizion*) — sin. ANTICATHEXIS ● Termen desemnînd aspectul economic al noțiunii dinamice de apărare a Eului, suportul energetic al mecanismelor de apărare. A fost analizat mai întîi în teoria economică a refulării (FREUD). Energia liberă, sustrasă reprezentărilor refulate (dezinvestire), este utilizată pentru a menține refularea prin contrainvestirea ei în reprezentări, atitudini, conduite, care pot fi rejectoare ale reprezentării refulate (în fobii) sau elemente direct opuse pulsiunii sau reprezentării refulate (formațiuni reacționale). Intervine ca suport energetic și proces economic în mecanismul atenției ca și în situații traumatice, în care contribuie la crearea unei bariere menite să limiteze afluxul de excitații externe.

623. **CONTRALIN**(M) R.D.G. — DCI *Disulfiram* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANTALCOL(M), România

624. **CONTRARISM** (cf. lat. *contrarius* „contra, opus") — sin. NEGATIVISM ACTIV ; OPOZIȚIONISM ● Atitudine de opoziție a subiectului exprimată prin performarea unor gesturi sau acțiuni opuse celor comandate. Ca formă benignă de protest este întîlnită în comportamentul copiilor. În psihopatologie apare în circumstanțe variate. Clasic este descris ca fiind o componentă a sindromului catatonic din schizofrenie, dar poate apare și la maniacali, ca o manifestare ludică, la simulanți, la debili mintali.

625. **CONTRAST** — *senzorial* (it. *contrasto* ; fr. *contraste*) ● Creștere a sensibilității în activitatea analizatorilor, ca efect al interacțiunii unor stimuli diferiți, chiar opuși, care acționează simultan sau succesiv asupra aceluiași analizator, stimulii cu intensități sau calități contrastante, devenind univoc sau biunivoc relevanți. După ATTNEAVE, GIBSON, FRAISSE, în discriminarea senzorială intervin mecanisme de accentuare care își găsesc ex-

Scanned with OKEN Scanner

presia în legea contrastului. Neurofiziologic (KRAVKOV, ZOTOV și ANDREEV), fenomenul de contrast se datorează raporturilor reciproc-inductive dintre excitație și inhibiție (inhibiția generată de inducție negativă cauzînd deplasarea nuanței contrastante în direcția polului inferior al spectrului — pentru contrastul cromatic), care au loc pe baza interacțiunii dintre centrii corticali și receptorii periferici. Contrastul se poate realiza simultan, în ordinea relevanței univoce (fond și obiect) sau biunivoce (sunete înalte și sunete joase), și succesiv, constînd din creșterea acuității senzoriale față de stimulul prezentat la scurt interval după acțiunea îndelungată a unui alt stimul de aceeași modalitate, dar diferit calitativ (apare pregnant în termo-recepție și în vederea cromatică). Contrastul cromatic este cu atît mai intens, cu cît zona inductoare este mai întinsă, iar zona contrastantă mai mică (KIRSCHMANN, 1927). Contrastul maxim este egal cu 1 (ca raport între reflectarea nulă și totală).

GH. ZAPAN și M. GOLU (1966) au stabilit accentuarea contrastelor cromatice în condițiile în care cele două culori puse în contact nu sînt riguros delimitate în suprafețe cu configurație geometrică, ci se întrepătrund labirintic, stelar precum și superioritatea contrastelor figurilor în mișcare, față de cele statice. În psihologia muncii, fenomenele de contrast sînt larg utilizate pentru optimizarea proceselor de producție ; psihoergonomul FAVERGE recomandă recurgerea la contraste puternice atît în iluminarea incintelor secțiilor, cît și în construirea aparaturii tehnice, întrucît monotonia conduce la diminuarea acuității vizuale. Contrastul cromatic cel mai preferabil ar fi, în ordine descrescătoare (după PRESTONN și SCHWINKER) : negru pe galben, verde pe alb, negru pe alb și verde pe roșu.

626. **CONTRATIPAL MONGOLISM**(S) *sindrom* (fr. *contretype*) — sin. ANTIMONGOLISM(S) — sindrom ● Termeni care, la recomandarea OMS, nu se mai utilizează → sin. NOMOZOMIA 21.

627. **CONTRATRANSFER** (cf. *contra-* ; fr. *transfert*) ● Apariția unor reacții ale analistului sau terapeutului pe plan afectiv, în raportul pe care îl stabilește cu pacientul său în timpul terapiei, ca o relație inversă a celei de transfer. Subliniind faptul că analistul nu poate merge mai departe în analiză decît îi permit propriile rezistențe și complexe, FREUD a intuit interrelația transfer-contratransfer, care apare în cursul curei, implicînd contradicții care nu vor permite analiza eficientă a unui subiect dacă nu vor fi rezolvate. Rezultă implicit necesitatea supunerii la o analiză (psihanaliză) personală a celui care intenționează să practice psihanaliza.

PONTALIS și LAPLANCHE consideră contratransferul sub două aspecte mai importante :

- Din punct de vedere psihanalitic, se apreciază drept contratransfer tot ceea ce intervine în cură și ține de personalitatea analistului. Restrîngerea sensului (delimitarea mai precisă a termenului) revine la faptul că în contratransfer intervin doar procesele inconștiente pe care le provoacă la psihanalist transferul analizatului ; contratransferul ar fi deci reacția inconștientă a psihanalistului la transferul pacientului ;
- Din punct de vedere tehnic, contratransferul implică :
  - reducerea, pe cît posibil, a manifestărilor contratransferențiale, astfel încît situația analitică să se structureze esențial după transferul pacientului ;
  - utilizarea manifestărilor de contratransfer în travaliul analitic ;
  - utilizarea drept ghid în cadrul interpretării analitice a reacțiilor de contratransfer, care pot fi trăite, respectiv a rezonanței dintre inconștientul psihanalistului și inconștientul analizatului.

Prin inconștientul său, psihanalistul intră în contact cu inconștientul pacientului ; el este astfel expus în cîmpul analitic unor reacții subiective, proprii, pe care trebuie să le cunoască și să le stăpînească ; de aici, necesitatea unei analize didactice pentru specialistul care intenționează să practice psihanaliza în scop terapeutic. Unii autori afirmă că existența relațiilor de transfer și contratransfer nu este specifică numai analizei, ci oricărei relații între două persoane și mai ales relației obișnuite medic-pacient (LAGACHE, BALINT, PIÉRON). Această accepțiune multiplă a noțiunii de contratransfer a antrenat și o serie de deosebiri legate de posibilitatea de a folosi practic, în terapie și în desfășurarea tehnică a curei, această relație. Atitudinile principale sînt, pe de o parte, minimalizarea manifestărilor contratransferențiale, pe de altă parte, interpretarea de către analist a propriilor reacții, a dialogului „de la inconștient la inconștient". Între aceste extreme se clasează atitudinea mai modernă de control a reacțiilor contratransferențiale și folosirea „propriului inconștient ca instrument de interpretare". (FREUD).

628. CONTROL(M) Italia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

629. CONTROL-OM(M) Elveția — DCI *Mefenoxalonă* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 5-/(0-metoxifenoxi)metil/-2-oxazolidinonă, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare sînt practic nule, prezintă o bună toleranță.

630. CONTUZIE CEREBRALĂ (cf. lat. *contusio* „izbire") ● Efect traumatic cerebral primar, constînd din modificarea stării de conștiință în grade variabile, mergînd pînă la comă, alături de apariția unor semne neurologice de focar în raport cu formațiunile neurologice legate.

Mecanism de producere : modificări vasomotorii directe sau reflexe, la distanță, de tip vasodilatație, vasoplegie, verigi în declanșarea unui întreg lanț fiziopatologic ce are drept rezultat formarea de hematoame (extravazare tisulară a hematiilor și diferiților ioni plasmatici, hipoxie). În funcție de gravitate, se pot distinge :

- contuzie cerebrală minoră : comă 30 min. —1 oră ; fără semne neurologice ; remisiune totală ;
- contuzie cerebrală medie: comă, ore—zile; semne neurologice evidente ; remisiune parțială ;
- contuzie cerebrală gravă: comă, ore—zile; semne neurologice marcate ; agitație ; prognostic rezervat.

Termeni ca : „psihoză comoțională" sau „psihoză confuzională", acreditați de KARBERLAH (1903) și PROMNER (1910), sau chiar cel de „psihoză prin edem traumatic" (Von FAUST, 1960) nu sînt justificați în clinica neuropsihiatrică (fiind de altfel devalorizați), deoarece afecțiunile desemnate prin ei se încadrează în conceptul mai larg de sindrom psihoorganic acut.

631. CONȚINUT LATENT (de la a conține; cf. fr. *contenu*) ● Ansamblul semnificațiilor inconștiente ale viselor, conduitelor, ideilor, reprezentărilor, asociațiilor libere, degajate prin travaliul de interpretare. În vis, conținutul latent este anterior conținutului manifest, fiind supus mecanismelor de deplasare, condensare, simbolizare → VIS, LATENT, LATENȚĂ.

632. CONȚINUT MANIFEST ● Termen introdus de FREUD în 1900 („Interpretarea viselor"), desemnînd expresia elaborată, figurativă, comprehensibilă a visului. Conținutul manifest ar fi efectul mecanismelor de deplasare, condensare, care utilizează reziduurile activității mintale diurne → VIS.

633. CONVALESCENȚA (cf. lat. *convalescere* „a prinde puteri, a se însănătoși") ● Perioadă urmînd dispariției (sau diminuării importante) a semnelor clinice ale unei afecțiuni, în care se face tranziția treptată spre starea anterioară îmbolnăvirii (care poate fi de însănătoșire cu restitutio adintegrum sau de ameliorare, remisie temporară). În afecțiunile psihice, particularitățile convalescenței sînt determinate atît de felul afecțiunii, cît și de personalitatea individului.

În perioada de convalescență a psihozelor, apariția criticii față de manifestările psihopatologice poate determina instalarea unei depresii (jenă, rușine față de anturaj, desconsiderare față de propria persoană, greutatea readaptării la mediul socio-familial, în care nu va mai putea avea statutul anterior instalării bolii), care nu exclude riscul suicidar. Este perioada în care nu numai chimioterapia, ci mai ales psihoterapia de susținere au un rol de o importanță deosebită în a-l ajuta pe pacient să-și accepte statutul respectiv. În cazul depresiilor psihotice, reactive sau endogene, poate apare o „înșelătoare convalescență" : bolnavul, căruia antidepresivele i-au ridicat inhibiția, poate „mima" starea de bine, de sănătate (acum el are forța necesară să o afirme), în scopul de a-și disimula intențiile suicidare, pe care vrea să și le pună în aplicare. Convalescența reprezintă o perioadă extrem de fragilă a postcurei de dezintoxicare (indiferent de drog). Ea pune problema nu atît de refacere fizică, cît mai ales de fortificare și consolidare psihică a nondependenței. Este perioada în care apar frecvent recăderile în toxicomanie, motiv pentru care majoritatea autorilor recomandă ca, după terminarea curei de dezintoxicare și restabilirea fizică, subiectul să mai fie menținut o perioadă de timp sub supraveghere și în mediu izolat, ferit de contactul cu drogul. Nevroticul, care, după cum afirma ADLER, se abandonează grijii celorlalți, renunțînd la rezolvarea de unul singur a problemelor, pe care le dorește (și în parte și sînt) rezolvate de cei din jur, trăiește perioada de convalescență cu certa conștiință a ameliorării simptomelor sale (cenestopatii, anxietate, depresie etc.), dar și cu disconfortul psihic resimțit la gîndul că va trebui să-și reia activitatea, să renunțe la „abandonul" responsabilităților. Pentru acest motiv, el va încerca

să-şi prelungească cît mai mult acest statut, persistînd în acuzele sale (justificarea tendinţei la hospitalism). Trebuie menţionat de asemenea că în perioada de convalescenţă a unor afecţiuni somatice, se poate instala secundar o simptomatologie psihică.

634. CONVERGENŢĂ (fr. *convergence*; it. *convergenza*) ● Termen utilizat cu mai multe semnificaţii, adecvate consensual unor domenii de activitate sau ştiinţifice diferite ; psihiatria este interesată de semnificaţiile cu care termenul este utilizat în următoarele domenii :

- neurofiziologie — unde termenul este utilizat pentru a desemna acea proprietate a centrilor nervoşi prin care un neuron aparţinînd unei reţele neuronale este sub controlul a două sau mai multe aferenţe separate. Reţeaua neuronală corelează, însumează şi selecţionează astfel diferite tipuri de informaţii, provenind din surse diferite ;
- fiziologia analizatorului vizual — unde termenul este folosit pentru a desemna unul dintre factorii care determină vederea spaţială, şi anume poziţia centrală convergentă a celor doi ochi (focalizarea axelor oculare). Datorită acestei poziţii un obiect privit spaţial creează la nivelul retinian două imagini, pentru ca la nivel cortical cele două imagini obţinute să fuzioneze într-una singură, determinînd vizualizarea stereoscopică a obiectului ;
- psihologia utilizează (POPESCU-NEVEANU) acest termen pentru a defini :
  - modalităţi multiple de reacţie la un singur stimul sau reacţia unică produsă de mai mulţi stimuli (neobehaviorism) ;
  - producţia intelectuală unidirecţionată, care admite o soluţie unică din mai multe alternative, în urma organizării riguroase a procesului de gîndire (J. GUILFORD) ;
  - fenomenul de similaritate în evoluţia unor culturi diferite (P. EHRENREICH), în baza unor condiţii de evoluţie paralelă şi sub acţiunea unor factori similari de mediu şi psiho-socio-culturali.

635. CONVERSIE (cf. lat. *conversio* „rotire, schimbare, răsturnare") ● Operaţie de inversare care se poate aplica diferitelor entităţi logice : operaţii logice, relaţii logice, termeni ai operaţiilor sau ai relaţiilor şi claselor. În sens mai restrîns, conversiunea semnifică o inversare echivalentă : dacă două entităţi sînt inverse una faţă de cealaltă, se spune că sînt converse de exemplu, adunarea şi scăderea sînt operaţii converse. Operaţia de conversiune se poate aplica şi la judecăţi, conversiunea judecăţilor fiind utilizată în construirea raţionamentelor cu păstrarea calităţii fiecărei judecăţi. Acest tip de conversie poate fi :

- simplu (fără schimbarea cantităţii) : „unii filologi sînt poligloţi" = „unii poligloţi sînt filologi" ;
- prin accident (cu schimbarea cantităţii) ; „toate mamiferele sînt nevertebrate" = „unele nevertebrate sînt mamifere".

După cum este lesne de observat, nu orice conversiune dă naştere la raţionamente logice adevărate.

● Mecanism patologic de rezolvare a conflictelor psihice, în care pulsiunile s-ar exprima într-o formă simbolică, prin manifestări somatice. Aceste manifestări pot fi foarte variate :

- pseudoneurologice : motorii (paralizii, contracturi, spasme, tremurături) ;
- senzitive (algii, analgezii, hiper- sau hipoestezii) ;
- senzoriale (cecitate, surditate etc.) ;
- tulburări viscerale : digestive (spasme esofagiene, bula isterică, greţuri, vărsături), retenţie urinară, vaginism, tulburări circulatorii şi vasomotorii (vertij, sincope, hipertermie).

Caracterele simptomelor conversive sînt : absenţa unui substrat organic, absenţa angoasei (se descrie „la belle indifférence" a bolnavului faţă de simptome), semnificaţia lor simbolică. Anxietatea pe care afectele refulate ar provoca-o, dacă ar accede la instanţele conştientului, îşi găseşte o supapă de expresie pe calea simbolică corporală. Apariţia simptomului conversiv, în cazul unui conflict în care boala somatică anulează responsabilitatea subiectului, este unul din mecanismele cele mai simple prin care finalitatea inconştientă a conversiei se evidenţiază. Alte mecanisme mai complexe pot fi satisfacerea unei dorinţe masochiste prin dorinţa de autopedepsire, refugiul narcisiac oferit unor subiecţi de condiţia de boală, nevoia de afecţiune şi atenţie din partea anturajului pe care o satisface cu ajutorul bolii etc. Dacă condiţia de bolnav, ca mecanism de apărare a Eului, eruperea angoasei, poate fi admisă ca fiind generată de motivaţii inconştiente, alegerea simbolică a organului-ţintă este mai greu de identificat. Teoria psihanalitică susţine că o investigaţie atentă duce întotdeauna la o interpretare corectă ; mulţi autori consideră însă că această explicaţie poate fi uneori hazardată. Cazul medicinii psihosomatice, în care pare evidentă imposibilitatea delimitării rolului

direct al traumelor afective de cel al conflictelor inconştiente, îndreptăţeşte această rezervă.

636. CONVERTAL[M] Argentina — DCI *Oxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazol/3,2-d/1,4/benzodiazepin-6(5H)-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică şi anxiolitică, cu o bună toleranţă şi o singură contraindicaţie — miastenia.

637. CONVINGERE DELIRANTĂ (cf. lat. *convincere* „a dovedi") ● Complex ideo-afectiv şi volițional desemnind părerea fermă, atitudinea, pe care bolnavul o adoptă referitor la construcţia delirantă. Are un suport cognitiv bazat pe raţionamente aparent logice (dar al căror punct de plecare este fals), cu o puternică argumentaţie (uneori bazată pe tulburări de percepţie), care declanşează un puternic răsunet afectiv, determinînd consolidarea unei motivaţii care mobilizează şi direcţionează efortul volițional.

638. CONVINGERI IRAŢIONALE ● Idei ilogice, iraţionale, care, conform teoriei şi terapiei raţional-emotive, elaborate şi dezvoltate de A. ELLIS, stau la originea majorităţii tulburărilor psihice sau a trăirilor afective neplăcute. ELLIS (1961) a sistematizat un număr de zece asemenea idei, sarcina principală a terapeutului fiind aceea de a face ca pacientul să-şi conştientizeze ideile iraţionale, pentru a-l ajuta cu mijloace logice să le combată :

- convingerea iraţională că este absolut necesar pentru un adult să fie iubit sau aprobat de orice persoană, pentru orice lucru ar face ;
- convingerea iraţională că individul este întotdeauna competent şi realizează cu succes orice lucru ;
- convingerea iraţională că unii oameni sînt răi, imorali, abominabili şi ticăloşi şi că ei trebuie să fie aspru pedepsiţi pentru păcatele şi greşelile lor ;
- convingerea iraţională că este oribil şi catastrofal atunci cînd lucrurile nu se desfăşoară aşa cum ar dori-o omul ;
- convingerea iraţională că fericirea şi mulţumirea sînt determinate extern, iar oamenii nu au nici o posibilitate să-şi controleze supărările sau să scape de sentimentele negative prin propriile lor puteri ;
- convingerea iraţională că, dacă un lucru sau eveniment este periculos, omul trebuie să fie puternic preocupat şi tulburat de acel lucru sau eveniment ;
- convingerea iraţională că evitarea dificultăţilor şi a responsabilităţilor din viaţă este cea mai bună cale de a obţine mari satisfacţii ;
- convingerea iraţională că trecutul este deosebit de important şi că ceea ce s-a petrecut în acest trecut va continua să afecteze puternic viaţa omului, la infinit ;
- convingerea iraţională că se va întîmpla ceva catastrofal dacă nu sînt găsite imediat soluţii pentru realităţile neplăcute ale vieţii ;
- convingerea iraţională ca maximum de fericire poate fi dobîndită prin inerţie, inactivitate sau pasivitate.

Aceste idei pot fi combătute, după recomandările lui ELLIS, în felul următor : iubirea şi aprobarea altora este de dorit, dar nu absolut necesară. Critica şi evaluările negative ale altora trebuie să servească drept critici de corectare şi nu să constituie sursa unor sentimente negative. Este preferabilă încercarea de a realiza anumite lucruri faţă de dorinţa imperioasă de a le realiza perfect. De asemenea, este mai bine să încercăm să ne depăşim propriile performanţe decît pe cele ale altora. Greşelile proprii şi ale altora pot fi acceptate obiectiv, fără aprecieri de natură morală ; putem învăţa din ele şi putem încerca să le corectăm. Responsabilitatea unui individ pentru acţiunile sale nu trebuie confundată cu blamarea lui pentru aceste acţiuni. Suferinţa umană nu are un determinism în totalitate extern ; ea poate fi creată, aşa cum se întîmplă în majoritatea cazurilor, de o gîndire iraţională, care trebuie modificată.

639. CONVORBIRE (cf. *con-* ; vorbi ; cf. germ. *Unterreden*) ● Procedeu de obţinere a informaţiilor despre o persoană, într-un scop determinat. În psihopatologie, convorbirea este unul dintre cele mai importante elemente ale examenului psihic. De cele mai multe ori, se desfăşoară faţă în faţă, medic (examinator) şi pacient, ceea ce uşurează observaţia şi stabilirea contactului, determinînd o relaţie în care pacientul vine cu speranţa vindecării sau ameliorării suferinţei sale, iar medicul sau psihologul, cu competenţa şi dorinţa de a-l ajuta. Convorbirea trebuie să aibă un caracter confidenţial, să se desfăşoare într-o atmosferă liniştită, confortabilă, fără perturbări exterioare, să creeze sentimentul de siguranţă. După modul în care se desfăşoară, convorbirea poate fi structurată sau liberă. Într-o convorbire structurată, discuţia se desfăşoară după principii clar determinate şi un plan riguros, dinainte stabilit, iar întrebările puse orientează pacientul spre un anumit aspect al suferinţei sale, considerat a fi revelator. În convorbirea liberă, simptomato-

logia este relatată spontan, întrebările fiind mai rare şi urmărind să stabilească intensitatea şi durata simptomelor. Conform altei clasificări, convorbirea poate fi diagnostică sau terapeutică. Deşi această distincţie este, de cele mai multe ori, formală, în unele împrejurări, scopul imediat poate să fie doar stabilirea unui diagnostic. În funcţie de frecvenţa şi natura intervenţiilor medicului sau psihologului, convorbirea poate fi activă şi pasivă. După motivaţia sa, pacientul comunică mai mult sau mai puţin liber, referitor la dificultăţile sale. În cazul unui pacient motivat, cele mai multe informaţii pot fi obţinute doar prin simpla ascultare (convorbire pasivă). Atunci cînd însă pacientul nu este suficient de motivat sau este obligat de o altă persoană să-şi expună dificultăţile, intervenţiile examinatorului sînt frecvente şi variate (convorbire activă). Desfăşurarea convorbirii este influenţată de o serie de factori, printre care un rol important revine medicului (psihologului), pacientului şi mediului ambiant. Bolnavul cu care se poartă convorbirea prezintă o anumită simptomatologie, are o anumită structură caracterială, un anumit nivel de instrucţie şi educaţie, poate necesita o intervenţie de urgenţă. Toate aceste elemente pot determina atît felul în care este abordată convorbirea cît şi atitudinea medicului sau a psihologului. Aceştia la rîndul lor, aduc în convorbire competenţa ,modul de comportament, receptivitatea şi experienţa. Ambianţa, factor deseori ignorat, poate avea efecte nefavorabile cu implicaţii în profunzimea relaţiilor interpersonale.

640. **CONVULINE**(M) Australia — DCI *Carbamazepină* • Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acţiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicaţii în consecinţă. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO şi nu se administrează în sarcină.

641. **CONVULSIE** (cf. lat. *convulsio* „contracţie, spasm") • Contracţie musculară, violentă, spasmodică, în absenţa controlului voluntar. Convulsiile se pot clasifica astfel :

- *După sediu :*
  - locale (contracţii la nivelul anumitor grupe musculare) ;
  - generalizate (contracţii ale întregii musculaturi a corpului) ;
- *După aspectul clinic :*
  - tonice (redoarea musculară este relativ uniformă şi persistentă) ;
  - clonice (serii scurte şi ritmice, în secuse musculare) ;
  - tonico-clonice (asociază caracterele primelor două tipuri) ;
- *După etiologie* (avînd în vedere că epilepsia reprezintă un criteriu major de diferenţiere) :
  - epileptice → CRIZA EPILEPTICĂ ;
  - neepileptice :
    - — în isterie — de la banala criză de nervi, pînă la crizele de agitaţie intensă, imitînd, dar nu în întregime şi nu suficient de convingător pentru clinicianul experimentat, epilepsia ;
    - — criza tonică posterioară, prin leziuni ale trunchiului cerebral (crize de decerebrare) ;
    - — tetania, cu aspect clinic tipic, în sensul localizării la nivelul extremităţilor şi cu păstrarea stării de conştienţă ;
    - — crize convulsive toxice, în cazurile de beţie alcoolică acută, delirium tremens şi alcoolism cronic (în care crizele pot deveni epileptice) ;
    - — sindromul neuroleptic akineto-hiperton, în care modul de apariţie şi remiterea sub tratament specific al spasmelor de la nivelul muşchilor feţei, gîtului sau orbitelor marchează deosebirea faţă de epilepsia parţială.

642. **CONVULSIE FEBRILĂ** • Survine, de obicei, la copiii sub 4—5 ani, în timpul evoluţiei unei afecţiuni febrile, avînd aspectul clasic al unei crize epileptice grand mal, cu prognostic benign. Această posibilitate se impune a fi luată în considerare, mai ales fiindcă tratamentul este total diferit. Repetarea frecventă a convulsiilor febrile atrage atenţia asupra unui fond biologic deficitar.

643. **CONVULSIE INTENŢIONALĂ** • Tip de contracţii tonice, care se manifestă în momentul iniţierii unor mişcări bruşte. Denumirea a fost introdusă de RULF. După reprezentarea corticală (în zona motorie), mişcările respective se produc în grupul muscular care intervine în executarea comenzii corticale (se pot extinde la întregul hemicorp) şi au drept cauză insuficienta pregătire neuromusculară (la urgenţa cu care este solicitată acţiunea).

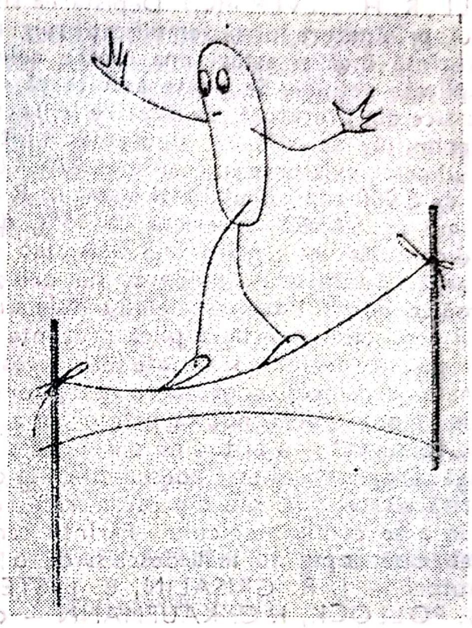
644. **COOLSPAN**(M) Japonia — DCI *Sulpiridă* • Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip, N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoilo-oanisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicaţiile NL incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, util

în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

645. **COOPERARE** (cf. lat. tz. *cooperari* „a colabora") ● Comportament cooperant, formă a interacțiunii psihosociale a două sau mai multe persoane (grup), în vederea atingerii unui obiectiv comun, interesul precum și recompensele fiind egale. Conduita de cooperare se asociază cu cea competitivă în funcție de situație predominînd una sau alta, cea dintîi fiind esențială pentru atingerea obiectivului comun propus inițial. În afară de aspectul pragmatic, de realizare a obiectivului propus, cooperarea are ca rezultat fenomene psihosociale pozitive: creșterea indicelui de adaptabilitate socială a membrilor grupului, spiritul de evoluție, satisfacția rezultatelor comune (individual mai greu sau chiar imposibil de realizat). După NEWTON DEUTSCH (1949), comportamentul cooperant se definește în funcție de scop, obiectivul urmărit de fiecare participant putînd fi realizat numai dacă și celelalte persoane cu care acesta colaborează își realizează propriile obiective. Margaret MEAD (1937) afirmă că spiritul și comportamentul cooperant sînt redate de valoarea Eului și de securitatea personală, care variază de la o cultură la alta.
Concepte înrudite: CONGRUENȚA, CONSENS, CONSONANȚĂ.

- *Congruența* — concordanța comportamentelor individuale cu norme, criterii și finalitate supraordonate de grup — comportamente elaborate istoric: tradiții, obiceiuri, mentalitate, cu variații zonale sau grupate.
- *Consens* — identitate de atitudini, opinii, comportamente, a membrilor grupului față de anumite obiecte, probleme, valori care derivă din nevoia membrilor grupului de a respecta normele existente.
- *Consonanța* — echilibrul cognitiv, determinat de gradul de congruență a elementelor cognitive înrudite, fiind generat de tendința de organizare a conținutului cunoașterii de la nivelul senzorial, intuitiv, către nivelul logic, abstract.

646. **COORDONARE MOTORIE** (fr. *coordonner*) ● Proces la nivelul centrilor nervoși, capabil să asigure secvențierea și armonizarea mișcărilor, prin comenzile care ajung la organele efectoare (mușchi, tendoane). Practic, toate acțiunile necesare omului în viața sa de zi cu zi, ca și activitatea sa productivă, presupun o bună coordonare motorie și integritatea sistemului nervos, a tuturor funcțiilor sale (sistemul senzorial, sistemul reglator — cerebelul, mai ales, sistemul efector). Deși în



mare parte este condiționată reflex, coordonarea motorie are o componentă care se dobîndește prin învățare și care, prin repetare continuă, capătă un caracter automat. Bolile în care se perturbă funcția de coordonare a mișcărilor voluntare (ca și cea a echilibrului, de altfel) apar ca urmare a leziunilor sistemului nervos central, realizînd sindromul apraxic, ataxic sau de discoordonare. Există teste psihologice special destinate acestor funcții de integrare nervoasă, care servesc cunoașterii aptitudinilor pentru anumite meserii sau obiectivării unor eventuale disfuncții.

647. **COP**(M) Olanda — DCI *Clordiazepoxidă* ● Tranchilizant, derivat bezodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

648. **COPIL MALTRATAT**(S) *sindrom* — sin. → SILVERMAN(S) sindrom; TARDIEU-SILVERMAN(S) sindrom ● Atestat de numeroși autori, poartă numele lui Ambroise TARDIEU care, în urmă cu un secol, a elaborat un studiu medico-legal cu referire la copiii maltratați, și al lui F. SILVERMAN care, în

anul 1953, a conferit acestui complex de fenomene clinice-etiologice particulare o fundamentare ştiinţifică. În ultimele două decenii, asistăm la o avalanşă de lucrări pe tema copiilor brutalizaţi (C. KEMPE, B. STEELE, W. DROGMÜLLER, H. SILVER etc.). Depistarea sindromului, prin natura lui cu semnificaţii suigeneris, reprezintă încă şi astăzi una dintre cele mai complicate acţiuni. Se poate admite că datele statistice din literatură, cu referire la frecvenţa sindromului, se află cu siguranţă mult sub nivelul celor existente în realitate. BACKER dă cifra de 8 000 copii brutalizaţi anual în R.F.G., în timp ce LARRY apreciază că 15% dintre copiii consultaţi ca urgenţe în S.U.A., fac parte din această categorie. Evident, nu orice pedeapsă corporală întruneşte elementele sindromului respectiv. Acesta implică prezenţa obligatorie a unor serioase şi variate leziuni (osoase, cutanate, organice), conturarea reacţiilor unui aşa-zis „model" de conduită patologică a copilului „torturat" şi o atitudine parentală semnificativă. Diagnosticul este adesea dificil la copil, datorită vîrstei mici sau din cauza fricii resimţite în a se confia medicului. Părinţii care îşi brutalizează copiii au fost descrişi de o serie de autori — J. R. GRISALIN, B. J. STEELE, C. B. POLLOCK, I. C. KAUFMANN — drept „imaturi", „impulsivi", „dependenţi", „sadomasochişti", „egocentrici", „narcisiaci", „exigenţi". AJURIAGUERRA relevă, la rîndul său, capacitatea aberantă a acestor părinţi de a înţelege copilul, brutalitatea lor fiind însoţită de culpabilitate. Trecerea la act depinde de circumstanţe diverse : la copilul mic poate fi vorba de plîns, ţipete etc. ; la copilul mai mare, instabilitate sau orice element considerat a fi o atitudine de opoziţie. Copilul maltratat poate reacţiona într-o manieră pasivă sau agresivă. Dacă separarea este utilă şi adesea absolut necesară, problemele de bază nu sînt nici pe departe rezolvate. Psihoterapia părinţilor, dirijată mai ales spre ameliorarea atitudinilor faţă de copil, dă în unele cazuri rezultate încurajatoare.

649. **COPLEXENS**(M) S.U.A. — DCI *Alimemazină* • Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, sedativ-hipnotică şi valenţe antihistaminice, antidepresive şi miorelaxante. Are o bună toleranţă, influenţează însă reflexele conducătorilor auto. Indicaţii-în psihogenii, reacţii şi în tratamentul de întreţinere al endogeniilor ; util în bolile psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

650. **COPORMIN**(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* • Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetil-aminopropil) fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, vago- şi simpaticolitică. Potenţează acţiunea anestezicelor, hipnoticelor şi analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

651. **COPRO-** (cf. gr. *kopros* „fecale") • Element de compunere desemnînd orice act legat de materiile fecale.

652. **COPROBATE**(M) S.U.A. — DCI *Meprobamat* • Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă".

653. **COPROCHEZIE** (cf. *copro-* ; gr. *chezo* „a călări") — sin. COPROMANIE • Tulburare gravă de compartiment, constînd în manipularea excrementelor pentru murdărirea hainelor, a mîinilor, preocupare ce provoacă satisfacţie subiectului. La copilul mic, nu are semnificaţie patologică. Apare în stări defectuale grave, la oligofreni şi demenţi, rar în dizarmonii de personalitate. Dacă această activitate este însoţită şi de excitaţie erotică, se constituie ca o perversiune sexuală.

654. **COPROCRAZIE** (cf. *copro-* ; gr. *krasis* „contracţie") • Imposibilitatea reţinerii materiilor fecale (diferită de incontinenţa sfincteriană, datorată unor leziuni neurologice) prin scăderea instanţelor superioare de control ; apare în oligofrenii severe, demenţe.

655. **COPROFAGIE** (cf. *copro-* ; gr. *phagein* „a mînca") • Tulburare gravă a comportamentului alimentar (ingerarea de materii fecale proprii sau ale partenerului) ; poate fi întîlnită în oligofrenii, demenţe, schizofrenie (forma hebefrenică) şi în cazul unor perverşi sexuali.

656. **COPROFILIE** (cf. *copro-* ; gr. *philia* „prietenie, dragoste") • Realizarea unei plăceri pentru subiect în a privi, depozita şi a sta în propriile excremente sau ale partenerului (perverşi sexuali) ; se întîlneşte, împreună cu COPROFAGIA sau singură, în aceleaşi entităţi clinice.

657. COPROFOBIE(F) (cf. *copro-* ; gr. *phobos* „frică") — sin. SCOTOFOBIE(F) ● Teama patologică, dezgustul, față de materiile fecale. Această temă semnifică, de fapt, frica de murdărie, frica de contaminare. Apare în nevroza obsesivo-fobică și anxioasă, la personalități dizarmonice de tip isteric, și la cele psihastenice. Psihanalitic, coprofobia este interpretată ca o reacție împotriva impulsurilor coprofilice inconștiente.

658. COPROLAGNIE (cf. *copro-* ; gr. *lagneia* „relații sexuale") ● Perversiune sexuală constînd din obținerea satisfacției erotice numai prin asocierea actului de defecație (propriu sau al partenerului). Se întîlnește rar.

659. COPROLALIE (cf. *copro-* ; gr. *lalein* „a vorbi") ● Utilizarea unui limbaj vulgar, obscen, grosier, blasfemator. Circumstanțele de apariție sînt diferite : în maladia ticurilor (Gilles de la Tourette), apare ca un simptom particular ; este folosit de unii deliranți cronici pentru a-și exprima verbal revolta, dezgustul ; în manie, ca dezinhibiție verbală ; în nevrozele obsesive apare ca o impulsiune explozivă și izolată, precedată de efortul pe care bolnavul îl depune pentru a se stăpîni, pentru a nu da urmare impulsiunii (fobia de coprolalie).

660. COPROMANIE (cf. *copro-* ; gr. *mania* „nebunie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPROCHEZIE.

661. COPROPRAXIE (cf. *copro-* ; gr. *prassein* „a efectua") ● Tendința de a folosi frecvent gesturi cu semnificație obscenă. Poate apărea rar în boala Gilles de la Tourette.

662. CORAX(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

663. CORD IRITABIL (cf. lat. *cor* „inimă") — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (D.A.H.) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE ; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA(S) sindrom.

664. CORDANUM(M) R.D.G. — DCI *Talinolol* ● Betablocant, de tip (±)-1-/p-/3-(tert-butilamino)-2-hidroxipropoxi/fenil/-3-ciclohexil uree, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, alcoolism, sevraj, în combaterea tremorului parkinsonian și senil, a efectelor secundare ale litiului. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

665. CORECTITUDINE LOGICĂ (cf. lat. *correctus* „corectat, îndreptat") ● Proprietatea unei construcții logice de a fi conformă cu anumite reguli. Respectarea regulilor logicii creează condițiile pentru ca o expresie logică să fie corect alcătuită. Se vorbește astfel despre corectitudinea logică a definițiilor, clasificărilor, formalizărilor, raționamentelor, demonstrațiilor. Pentru ca gîndirea să fie riguroasă, ideile trebuie să fie clare, distincte, urmare a unor raționamente corecte. În absența acestor condiții, este inevitabilă apariția erorilor logice. Corectitudinea este subordonată în acest mod adevărului, deși există enunțuri corect construite din punct de vedere logic, dar care nu sînt și adevărate (de exemplu, ideile delirante) ; reversul este totdeauna valabil : orice enunț adevărat trebuie să fie și corect logic.

666. COREE ACUTĂ (cf. gr. *choreia* „dans") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SYDENHAM(B) boală.

667. COREE CRONICĂ HUNTINGTON(B) *boală* ● Boală degenerativă cu caracter ereditar — transmitere dominantă — și debut tardiv, asociind unor semne neurologice zgomotoase (convulsii, mișcări coreice, rigiditate) o demență progresivă. Leziunile specifice anatomo-patologice sînt reprezentate de degenerescența lobului frontal și a corpului striat. Boala nu beneficiază de tratament specific.

668. COREE CRONICĂ PROGRESIVĂ SPORADICĂ(B) — *boală* ● Varietate clinică a coreei cronice, de etiologie necunoscută, cu apariție sporadică și evoluție progresivă.

669. COREE ISTERICĂ — sin. COREE ELECTRICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BERGERON(B) boală.

670. COREE MINTALĂ — sin. HIPERACTIV COPIL ; HIPERKINETIC(S) sindrom (EISENBERG, 1957) ; HIPERKINETIC IMPULSIV(S) sindrom ; INSTABIL COPIL (ABRAMSON, 1940), SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINTAL (GESEL, AMATRUDA, 1949) ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI ; TURBULENT COPIL (WALLON, 1925) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISFUNCȚIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM).

671. **COREE SENILĂ** ● Formă clinică a coreei cronice, cu debut în involuţie, cu mişcări coreice ample, cu evoluţie în platou şi fără asocierea demenţei. Se datoreşte leziunilor de nuclei centrali, fără afectare corticală.

672. **COREE VASCULARĂ** ● Asemănătoare ca manifestare clinică — din punct de vedere neurologic — cu cea senilă, datorată leziunilor vasculare, are şi determinări corticale şi, în consecinţă, manifestări psihice ce evoluează lent, dar cert, către demenţă.

673. **CORELAŢIE** (fr. *corrélation*) ● Coexistenţă a două realităţi deosebite, corelate în mod esenţial între ele, fiecare avînd însă legităţi şi un mod aparte de manifestare (de exemplu : natura şi cultura, mediul ecologic şi societatea etc.).

Termenul de corelaţie statistică cunoaşte o largă folosire în studiile psihiatrice, în special în cele epidemiologice, ca următoarele semnificaţii (legătură statistică) :

- desemnînd legătura între variabilele unei populaţii statistice ;
- desemnînd o metodă de descriere şi analiză a legăturilor de tip statistic între două sau mai multe variabile ;
- reprezentînd mărimea gradului de legătură între variabilele cantitative, ca sinonim pentru COEFICIENT DE CORELAŢIE →

Corelaţia constatată între două variabile poate să nu aibă nici o explicaţie cauzală. Statistica nu poate oferi informaţii despre natura legăturilor între două variabile, ci poate exprima cel mult gradul în care cele două variabile tind să varieze concomitent. Corespondenţa între variabile poate rezulta dintr-o legătură nemijlocită între fenomene, din covariaţia fenomenelor datorată unor cauze comune, din variaţia întîmplător simultană a fenomenelor.

674. **CORENALIN**(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5′-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă ; practic, fără efecte simpaticomimetice.

675. **COREOATETOZA** (cf. gr. *choreia* „dans" ; *athetos* „nefixat spaţial") ● Asocierea mişcărilor coreice — involuntare, aritmice, dezordonate, rapide, cu caracter segmentar — cu cele atetozice, involuntare, aritmice, ondulant-tentaculare, legate, mai puţin ample. Sindromul ar avea drept cauză dezorganizarea activităţii corpului striat (spre deosebire de parkinsonism), ale cărui manifestări ar fi determinate de pierderea funcţiei striatului. Dezorganizarea funcţională are la bază leziuni predominind în putamen şi nucleul caudat.

676. **COREOFRAZIE** (cf. gr. *choreia* ; *phrazein* „a exprima") ● Tulburare a limbajului, consecinţă a unor afecţiuni neurologice, caracterizată prin formularea de către bolnav a unor fraze lipsite de sens.

677. **COREOMANIE** (cf. gr. *choreia* ; *mania* „nebunie") ● Tendinţă impulsivă de a executa mişcări asemănătoare dansului. Această „afecţiune", din grupa manifestărilor isterice, era destul de frecventă în Evul Mediu, cînd se declanşau în Europa adevărate epidemii.

678. **CORETAL**(M) Polonia — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant, de tip 1-/0-(alliloxi)fenoxi/-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, boli psihosomatice ; are valenţe psihostimulente. Nu se asociază cu litiul, potenţînd efectul toxic al acestuia, şi nici cu produşi IMAO → BETABLOCANTE.

679. **CORMITON**(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)-fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, vago- şi simpaticolitică. Potenţează acţiunea anestezicelor, hipnoticelor şi analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

680. **CORNELIA (DE) LANGE**(S) *sindrom* ● Oligofrenie congenitală (transmisia genetică nu a fost precizată) asociată cu microsomie, hirsutism, malformaţii ale membrelor, police inserat proximal, simfiza sprîncenelor, microcefalie, buză superioară disproporţionat de subţire, orificii nazale orientate anterior.

681. **COROFILIE** (cf. gr. *kore* „fată" ; *philia* „prietenie, dragoste") ● Formă particulară de homosexualitate feminină definită de raporturi aberante ale femeilor adulte cu copii de sex feminin → PERVERSIUNI SEXUALE.

682. **CORONARO-CEREBRAL**(S) *sindrom* (cf. lat. *corona* „coroană" ; *cerebrum* „creier") ● Sindrom apoplexiform, care poate însoţi infarctul miocardic, manifestat prin pierderea conştiinţei, semne neurologice şi tulburări psihice legate mai ales de claritatea conştiinţei instalate brusc. Simptomatologia psihică poate masca uneori accidentul coronarian, dacă ischemia cerebrală o precede pe cea cardiacă. A fost descris de BOGOLEPOV.

683. CORP CALOS(S) *sindrom* (cf. lat. *corpus* „element, substanță" ; *callum* „bătătură") ● Caracterizat clinic prin apraxie unilaterală stîngă, însoțită uneori de asomatognozie și astereognozie stîngă, tulburări de echilibru, tulburări psihice asemănătoare celor din leziunile lobului frontal : apatie, amnezie de fixare, indiferență afectivă sau depresie. Distrugerea corpului calos prin neoformații, ramolismente impiedică transferul informațional interemisferic.

684. CORP LUYS(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HEMIBALBISM.

685. CORP TRĂIT — sin. CORP PROPRIU ; CORP SUBIECT ; CORPORALITATE ● Formă de subiectivitate personală care precede și întemeiază determinările istorice ale „ființei în lume" (POROT). Dimensiunea anegoică și prepersonală a fenomenului determină poziții secundare abstracte noțiunilor de soma și psyche. Cristalizarea conceptului de corp trăit interferă cu planuri antropologice, fenomenologice, psihiatrice. Psihologia îi desemnează importanța pentru achiziționarea schemei corporale.

ZUTT stabilește corespondențe între unele aspecte psihopatologice aparținînd psihozelor schizofrenice și afective și cele două modalități de deschidere spre lume ale corpului trăit, „corpului în apariție" și „corpului purtător". Dacă domeniul de manifestare al „corpului în apariție" este cel al comunicării preconceptuale cu lumea (sau al „simțirii patice" — STRAUSS), patologia sa ar corespunde schizofreniei. Pe de altă parte, „corpul purtător" este modelul structural al suportului vieții umane, angrenat într-un flux spațiotemporal, el făcînd posibilă devenirea permanentă a ființei umane sub aspectul său involuntar. Patologia sa ar corespunde psihozelor afective. Tot ZUTT, încercînd o abordare fenomenologică a stărilor de epuizare incriminate în etiopatogenia neurasteniei, definește o stare caracterizată ca modificare a „corpului trăit social". Aceasta constă în existența unui hiatus între situație și răsunetul psihopatologic, în esență între epuizare și „a fi epuizat" (starea consecutivă epuizării), și ar comporta următoarele aspecte clinice : deficitul de forță psihofizică, trăirea și reprezentarea acestui deficit ca senzație de atonie, tonus emoțional negativ (nucleu dispozițional fad, șters), retragerea în „corporalitatea pasivă" cu îngustarea deschiderii spre lume și sentimentul de pierdere al fluxului temporal normal.

686. CORPORALE(H) *halucinații* (fr. *corporel*) — sin. SOMATICE(H) halucinații $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VISCERALE(H) halucinații.

687. CORTEX CEREBRAL (cf. lat. *cortex* „scoarță" ; *cerebrum* „creier") ● Aparține emisferelor cerebrale — segmentul cel mai evoluat al nevraxului — și este reprezentat de substanța cenușie dispusă la suprafața lor. Are o suprafață de aproximativ 1 400—2 600 cm², iar în structura sa internă, circa 14 miliarde de neutroni, celule gliale, fibre de substanță albă, precum și elemente cu rol trofic. Această structură complexă prezintă o stratificare cu semnificații funcționale importante, celulele piramidale Betz fiind caracteristice ariilor motorii, iar celulele granulare — ariilor senzitive și senzoriale. Din punctul de vedere al evoluției filo- și ontogenetice, la nivel cortical, se deosebesc neocortexul sau neopaliumul, zonă nou apărută, structurată în șase straturi celulare și avînd o funcționalitate specifică omului, și paleocortexul (arhipalium, sistemul limbic) format din două straturi celulare, cu funcții caracteristice atît omului, cît și animalelor.

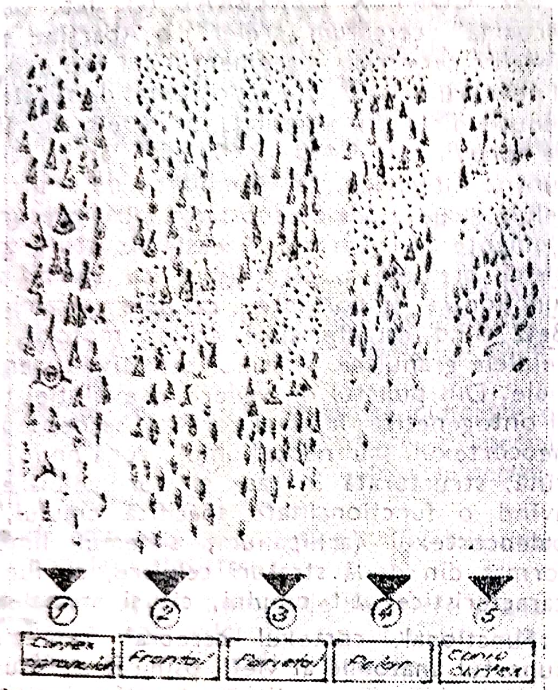
Funcțional, cortexul cerebral reprezintă suportul anatomic al vieții psihice, al tuturor elementelor ei constitutive, astfel încît, la nivel cortical, se realizează cea mai complexă formă de integrare a organismului în mediul înconjurător, dar și cea mai complexă integrare funcțională a părților organismului într-un tot unitar.

Studiul dispoziției neuronilor — citoarhitectonica — și al orientării fibrelor nervoase (mieloarhitectonica) au dus la delimitarea unor porțiuni de cortex cu structură similară, cunoscute sub numele de ariile lui Brodmann. Ariile corticale, după funcția lor, pot fi clasificate în :

- arii de proiecție aferente receptoare sau senzoriale ;
- arii de proiecție eferente efectoare sau motorii ;
- arii de asociație.

De fapt, toate ariile de proiecție senzoriale sau motorii primesc aferențe și trimit eferențe, motiv pentru care o denumire corectă a lor ar fi arii senzitivo-motorii. Ariile de proiecție aferente sînt : somestezică, vizuală, auditivă, gustativă, olfactivă și vestibulară. Ariile somestezice primesc informații tactile dureroase și mioartrokinetice. Localizarea lor este în girusul postcentral din lobul parietal. Zonele senzoriale recepționează informații de la analizatorii auditivi (lob temporal), gustativ (la baza circumvoluției centrale posterioare), vizual (lob occipi-

tal), olfactiv (paleocortex). Ariile de proiecție eferente constituie locul de origine a căilor cortico-spinale, cu rol în inițierea mișcărilor voluntare, în integrarea funcțiilor motorii și modificarea tonusului muscular.



Ariile motorii se află localizate la nivelul lobului frontal. Informația preluată de receptori este condusă la nivel cortical, în arii senzitivo-senzoriale specifice. La nivelul ariilor asociative, informațiile sînt comparate cu cele culese de alți analizatori și cu datele din memorie. Pe baza sintezei complexe a tuturor informațiilor, este elaborată starea de conștiință și sînt luate decizii voliționale și automate. Funcțiile neocortexului sînt senzitive, asociative și motorii, stînd la baza proceselor psihice caracteristice omului, procese cognitive, afective și volitive.

- Funcțiile senzitive : se realizează la nivelul ariilor senzitive corticale, specializate în prelucrarea unui anumit tip de informație. Aceste arii nu au însă un rol senzitiv exclusiv, iar funcția de prelucrare a informațiilor se desfășoară în corelație anatomo-funcțională atît cu unele structuri subcorticale, cît și cu ariile asociative corticale (arii senzitive secundare).
- Funcțiile asociative : percepția complexă a lumii exterioare și a semnificațiilor diferitelor senzații se realizează în ariile asociative, spre care sosesc impulsuri de la ariile primare și de la nucleii talamici nespecifici. Aici are loc procesul cel mai fin și mai complex de prelucrare, elaborare a modelului conștient al lumii, apare conștiința propriei noastre existențe, iau naștere voința și deciziile. Topografic, ariile asociative sînt :
  - zona prefrontală este sediul controlului cortical al funcțiilor vegetative, asigurînd integrarea acestor funcții în acte complexe de comportament uman. Tot la acest nivel se află „sediul" personalității, lezarea acestei arii determinînd alterări de personalitate și tulburări de comportament ;
  - zona parietală este zona interpretativă a senzațiilor somatice ; lezarea ei, determinînd incapacitatea de a recunoaște caracteristicile unui obiect atins, face imposibilă recunoașterea poziției spațiale a membrelor sau determină chiar negarea apartenenței unei părți la propriul corp (asomatognozie) ;
  - zona occipitală are rol în descifrarea semnificației senzațiilor vizuale, lezarea ei determinînd afazia vizuală (cecitatea psihică) ; același rol în ceea ce privește semnificația sunetelor îl au ariile asociative temporale.

Aria asociativă generală are rol de integrare a activității celorlalte arii asociative și se află la confluența acestora. Este o arie senzitivă terțiară, aria cunoașterii. Lezarea ei produce dificultăți în elaborarea gîndurilor proprii și în înțelegerea gîndurilor exprimate verbal sau în scris. Această arie este corelată funcțional cu procesele de memorie vizuală și cu controlul vieții emoționale și sexuale. Prin conlucrarea ariilor asociative, senzitive și a centrilor mezencefalo-diencefalici se elaborează modelul conștient al lumii exterioare.

Funcțiile motorii corticale sînt reprezentate de controlul întregii activități motorii somatice, voluntare și involuntare. Mișcarea voluntară se realizează și cu participarea structurilor motorii extrapiramidale, la acest act neurofiziologic și psihologic complex participînd creierul emoțional (hipotalamus și sistemul limbic), ariile corticale motorii, premotorii, senzoriale și asociative, nucleii bazali, cerebelul și talamusul. Aceste structuri elaborează un plan general al mișcării, un program al mișcării voluntare, iar cortexul motor pune în aplicare aceste decizii prin intermediul organelor efectorii.

Din analiza vieții psihice umane, se disting trei compartimente psiho-fiziologice : compartimentul cognitiv (de cunoaștere) ; volitiv (decizional) și afectiv.

La baza activității nervoase corticale stau reflexele condiționate, care se închid la nivelul

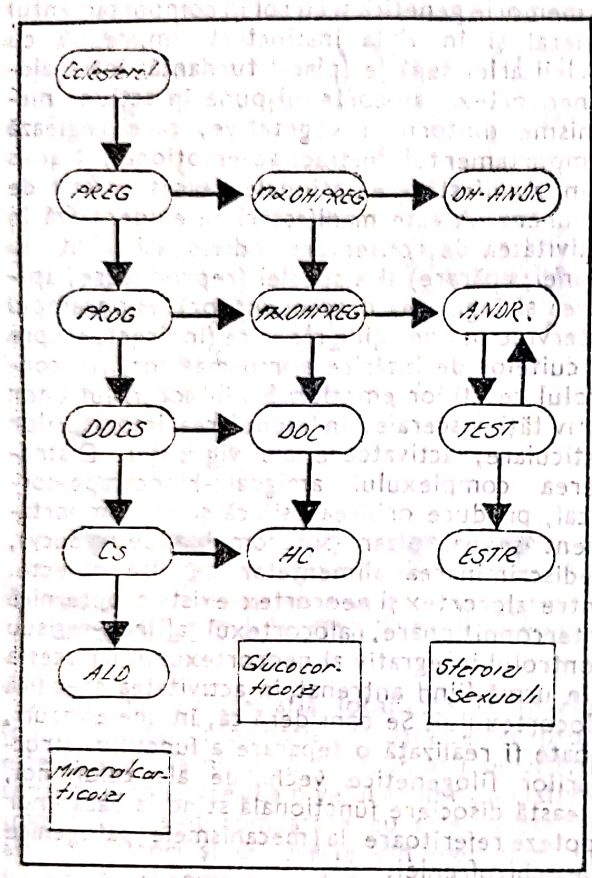
cortical, precum și două procese esențiale : excitația și inhibiția. Excitația este procesul cortical nervos activ ce se manifestă prin inițierea unei acțiuni sau amplificarea uneia existente. Procesul de excitație are ca suport anatomic sinapsele excitatorii activate de stimuli. Excitația corticală este rezultatul intrării în activitate a sistemului reticular activator ascendent, care determină reacția de trezire corticală. Inhibiția este tot un proces activ, ce se manifestă prin diminuarea sau sistarea unei activități anterioare. Ea se realizează prin intermediul sinapselor inhibitorii și poate fi internă sau externă, în funcție de modul cum acționează stimulul. Excitația și inhibiția sînt specifice oricărei structuri nervoase, dar au un caracter deosebit de complex la nivelul centrilor encefalici și al cortexului cerebral. Aceste două procese prezintă o mobilitate deosebită (pot iradia pe o suprafață corticală mare, sau pot fi concentrate pe o zonă limitată) și se pot succeda alternativ, în același teritoriu sau în teritorii vecine. Funcțional, activitatea emisferelor cerebrale trece prin două stări distincte: starea de veghe și starea de somn. Printre activitățile cerebrale cognitive, se numără : învățarea, memoria, gîndirea, limbajul. Se consideră că emisfera dominantă (stîngă la dreptaci) este cea predominant cognitivă, în timp ce emisfera opusă este dominant afectivă. La baza proceselor afective se află impulsurile fundamentale (instinctele), care generează motivația, element esențial pentru adaptarea biologică și psihosocială a subiectului.

688. CORTEX ALOGENETIC (cf. lat. *cortex* ; gr. *allos* „altul" ; *gennan* „a naște") — sin. ALOCORTEX ; ARHIPALIUM ● Una din cele două subdiviziuni ale scoarței cerebrale, alături de neocortex sau izocortex. Divizarea scoarței se face pe baza unor argumente filogenetice, structurale și funcționale. La animalele inferioare, alocortexul reprezintă o mare parte din suprafața corticală, această pondere reducîndu-se pe măsură ce organismele avansează pe scara evoluției. La om, el ocupă numai 1/12 din întinderea scoarței, restul fiind ocupat de izocortex (neopalium). Autorii sovietici au demonstrat, prin studii filogenetice și ontogenetice, că izocortexul derivă și se perfecționează pe baza alocortexului primitiv. Alocortexul are o arhitectonică tipică, simplă, substanța nervoasă fiind dispusă în 2—3 straturi celulare. În zonele în care acestea sînt relativ bine individualizate, se descriu : stratul granular, superficial, cu celulele receptoare, și stratul piramidal profund, cu celulele motorii și de asociație. La rîndul său, alocortexul este subdivizat în arhecortex sau cortex primar, cu trei straturi relativ bine individualizate (reprezentate de formația hipocampică), și paleocortex (paleopalium, cortex vechi), în care straturile celulare sînt difuze (reprezentate de lobul filiform). Alocortexul este creierul fundamental, dotat cu memorie genetică și cu rol în comportamentul general și în viața instinctivă. Împreună cu nucleii ariei septale (placă turnantă între alo- și neocortex), alocortexul pune în acțiune mecanisme motorii și vegetative, care reglează comportamentul instinctivo-emoțional, tradus prin manifestări emoționale, agresive sau de supunere. Aceste manifestări se evidențiază în activitatea de conservare individuală (căutarea hranei, apărare) și a speciei (reproducere, apărarea și îngrijirea descendenților). Hipocampul intervine în operațiile mnezice (indirect, asupra circuitelor de întărire a informațiilor), în controlul reacțiilor emoționale, în controlul unor activități viscerale, în modularea impulsurilor reticulare, activatoare ale vigilenței. Distrugerea complexului amigdalo-hipocampo-cortical, produce orbirea psihică și un comportament sexual bizar (sindromul Kluwer-Bucy), nediscriminarea alimentelor de alte obiecte. Între alocortex și neocortex există o puternică intercondiționare, alocortexul aflîndu-se sub controlul integrativ al neocortexului, iar acesta din urmă fiind antrenat în activitatea specifică alocortexului. Se consideră că, în unele cazuri, poate fi realizată o separare a funcțiilor structurilor filogenetice vechi de ale celor noi, această disociere funcțională stînd la baza unor ipoteze referitoare la mecanismele patogenice ale schizofreniei.

689. CORTEX HOMOGENETIC (cf. lat. *cortex* ; gr. *homos* „asemănător" ; *gennan*) — sin. CORTEX HOMOTIPIC ; NEOPALIUM sin. → IZOCORTEX.

690. CORTICOIZI — sin. ADRENOCORTICOIZI ; ADRENOCORTICOSTEROIZI ; CORTICOSTEROIZI ● Hormoni sterolici secretați de corticosuprarenală, derivați din colesterol și clasificați, în funcție de acțiunile lor, în : glucocorticoizi, cu efecte predominante asupra metabolismelor intermediare glucidic și protidic (cortizol, corticosteron, cortizon), mineralocorticoizii cu acțiune asupra echilibrului sodiu-potasiu (aldosteron, 11-deoxicorticosteron) și sexosteroizi a căror acțiune se exercită asupra apariției și dezvoltării caracterelor sexuale secundare, fără a putea însă suplini lipsa gonadelor (estradiol, progesteron, testosteron, dehidroepiandrosteron). În terapeutică se folosesc și corticoizi de sinteză,

artificiali, înrudiţi cu cei naturali, dar cu o structură chimică modificată. Astfel, prednisonul (delta-cortizon) şi prednisolonul se obţin prin dehidrogenarea cortizonului şi, respectiv, a cortizolului. Aceşti produşi sintetici au o



Principalele căi de biosinteză a corticosteroizilor :

PREG – pregnenolon ; PROG – progesteron ; ANDR – androstendion ; DOCS – dezoxicorticosteron ; DOC – dezoxicorticosterol ; CS – corticosteron ; – ALD – aldosteron ; HC – hidrocortizon ; TEST – testosteron ; ESTR – estradiol.

largă utilizare în practica medicală şi o acţiune biologică mult mai pronunţată decît produşii naturali. Acţiunile corticosteroizilor sînt complexe şi interacţionează cu activitatea a numeroase aparate şi sisteme. Se descriu astfel acţiuni metabolice, hematologice, imunologice, efecte antiinflamatorii, efecte asupra tubului digestiv, asupra sistemului osos, asupra echilibrului hidro-mineral. Hiperfuncţia glandulară, ca şi terapia cortizonică, are efecte diferite, în funcţie de cantitatea de hormoni şi de antecedentele personale şi familiale ale subiectului.

În determinismul tulburărilor psihice pot fi implicate : tipul afecţiunii care a necesitat terapie cortizonică, nivelul plasmatic obţinut, tipul produsului care acţionează (steroizii de sinteză avînd efecte secundare psihiatrice mult mai atenuate). Este caracteristic faptul că tulburările psihice apar, mai ales, la debutul şi la sfîrşitul terapiei cortizonice. Momentul atingerii unor niveluri plasmatice optime ale drogului este punctat pe plan psihic de apariţia insomniei, a euforiei hipomaniacale. Depăşirea acestui nivel optim este marcată de apariţia anxietăţii, însoţită de stări depresive, a căror intensitate poate conduce la suicid. Mai poate apărea, în această etapă, confuzie mintală cu depersonalizare, sau exagerarea euforiei, ca semn al debutului unei crize acute de excitaţie maniacală. Formele cele mai grave ale tulburărilor psihice ce apar sub tratament cortizonic sînt psihozele cortizonice, cu manifestări polimorfe, de o mare variabilitate (confuzia mintală, onirism, inhibiţie, depersonalizare, manifestări maniacale). În fiziopatologia acestor tulburări sînt incriminate tulburări ale echilibrului hidroelectrolitic, cu consecinţe asupra excitabilităţii sistemului nervos central, modificări ale biosintezei de serotonină şi influenţe asupra sistemelor neuronale GABA-ergice inhibitoare. Evoluţia tulburărilor psihice apărute sub terapie cortizonică este favorabilă după reducerea dozelor sau, în funcţie de afecţiunea de bază, sub administrare de neuroleptice.

691. CORTICOSAN[M] Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM[M].

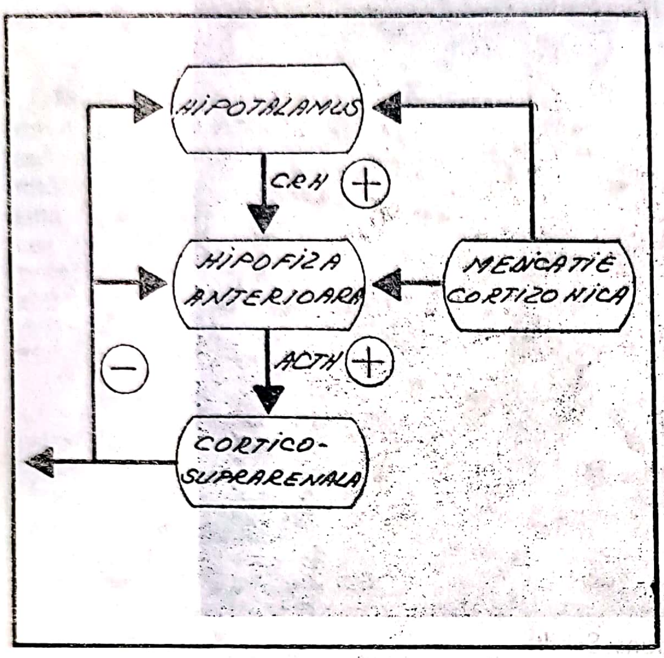
692. CORTICOSUPRARENALĂ (cf. lat. *cortex* ; supra „deasupra" ; *ren* „rinichi") — sin. CAPSULA SUPRARENALĂ ; CORTEX ADRENAL ; C.S.R. (Cortex glandulae suprarenalis ● Porţiune superficială a glandei suprarenale, constituind o glandă aparte, formată din trei pături tisulare concentrice, denumite din exterior spre interior :

- zona glomerulară — secretă mineralocorticoizi ;
- zona fasciculată — secretă glucocorticoizi ;
- zona reticulată — secretă hormoni sexuali.

Glanda este indispensabilă vieţii, prin secreţia hormonilor corticoizi, care intervin în reglarea metabolismelor tuturor princi-

Scanned with OKEN Scanner

piilor alimentare (glucide, proteine, lipide) în echilibrul hidromineral și în răspunsurile la „agresiuni" de diverse tipuri. În legătură cu ultimul aspect, este vorba, de fapt, de intervenția corticosuprarenalei în procesele de



Controlul secreției de hidrocortizoni

adaptare, declanșate de acțiunea unor agenți nocivi (fizici, chimici, sau biologici), printre care traumatismele psihice, șocurile emoționale joacă un rol important. Intervenția glandulară se traduce prin creșterea secreției de hormoni corticosteroizi. Apartenența corticosuprarenalei la constelația neuroendocrină, situarea ei pe axul principal hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal, explică răsunetul glandular al agresiunilor suferite de psihic, precum și simptomatologia psihică prezentă atît în insuficiențele, cît și în hiperfuncțiile corticosuprarenale, de la simple modificări ale tonusului afectiv, tulburări de somn, pînă la psihosindroame complexe, cum sînt cele din bolile Cushing sau Addison.

693. **CORTUSSIN**(M) S.U.A. — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

694. **COSMICE**(H) *halucinații* (fr. *cosmique*; cf. gr. *kosmos* „univers") ● Halucinații complexe, scenice, vizuale, dar și auditive („muzică astrală"), al căror conținut este referitor la o catastrofă cosmică (melancolia de involuție: subiectul „asistă" la distrugerea planetei, a întregului univers, distrugere în care se crede implicat) sau la fenomene cosmice (parafrenia fantastică: subiectul este „martorul" producerii unor fenomene extraordinare).

695. **COSMOGONIC**(D) *delir* (fr. *cosmogonique*; cf. gr. *kosmos*; *gonos* „origine"; lat. *delirium* „aiurare") — sin. METAFIZIC(D) delir ● Delir expansiv al unor subiecți cu activitate imaginativă deosebită, a cărui tematică se referă la un timp infinit și un spațiu nelimitat, pe care subiectul crede că le poate stăpîni grație calităților sale deosebite, printre care imortalitatea joacă un rol deosebit. Parafrenia, stările de excitație maniacală sînt circumstanțele etiologice cele mai frecvente ale acestui delir.

696. **CO-SULPIR**(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra, fără a necesita o pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

697. **COSYNS-DURET**(S) *sindrom* — sin. PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ ● Patomimia (pathomimesis, pathomimetrie — după autorii de limbă engleză) este definită ca imitare a unei boli, cîteodată chiar prin automutilare. Spre deosebire de simulare care constă în creearea de semne (artificiale) ale unei boli inexistente, în patomimie, mimarea simptomelor subiective sau provocarea de leziuni prin acțiuni mecanice, chimice, termice etc., în scopul obținerii unui avantaj material sau moral, este legată mai des de un mobil afectiv, conștient sau inconștient (P. MARCHAIS). COSYNS și DURET au descris, în 1955, ca varietate a mitomaniei, acest sindrom în care impulsiunii patologice de a minți i se asociază automutilări diverse, cu scopul vădit de a atrage atenția anturajului. La aceste cazuri, componenta isterică este evidentă.

Scanned with OKEN Scanner

698. **COŞMAR** (fr. *cauchemar* ; ol. *mare* „fantomă nocturnă") ● Fenomen psihopatologic cunoscut încă din antichitate, coşmarul rămîne o sursă de controverse, atît în ceea ce priveşte semnificaţia sa patologică, cît şi etiopatogenia. Nici măcar asupra conţinutului, consensul nu s-a putut stabili. Astfel, POPOVICIU arată că, în triada simptomatologică a coşmarului, se notează angoasa (cu o presiune toracică), sentimentul de paralizare a voinţei şi incapacitatea motorie ; diverşi autori (GEONES, GASTAUT) atribuie unuia sau altuia dintre aceste elemente rolul de element central. În evul mediu, coşmarul era identificat cu „îmbrăţişarea" unor fiinţe supranaturale (cf. germ. maron „demon" ; vezi şi engl. nightmare), contact indescriptibil, prin teama pe care o provoacă.
Deşi au existat păreri că imaginea onirică ar fi absentă sau redusă, unii autori, printre care şi H. EY, arată că lumea imaginilor suferă o metamorfozare angoasantă, în care monstruosul devine principala categorie figurativă, iar gîndirea profund tulburată, răvăşită, incapabilă de a se mai restructura în sinteză, abandonează subiectul „vertijului pulsional". Într-un sens asemănător, şcoala psihanalitică susţine că, în geneza coşmarului, un rol important îl joacă regresia marcată a Eului. Pierderea apărărilor Eului duce la „explozia" anxietăţii reprimate. Pornind de la această constatare se admite că, în unele situaţii, poate exista o tulburare de tip psihotic a Eului, iar coşmarul ar putea fi un fel de atac psihotic scurt şi reversibil.
Cercetînd relaţiile dintre coşmar şi episoadele psihotice, MACHON a sesizat unele interferenţe cu schizofrenia şi a semnalat în anumite cazuri, alternanţa coşmarurilor cu episoade psihotice. După părerea sa, chiar coşmarul sever este o stare intermediară între visul normal şi psihoza acută. Majoritatea autorilor sînt însă de acord în a considera că, la geneza coşmarului, participă atît factori endogeni, cît şi factori exogeni. Coşmarul trebuie diferenţiat de visul obişnuit (sărăcia imaginilor) şi de crizele de pavor nocturn (diferenţe de tonus muscular, restabilirea mai rapidă a motilităţii — POPOVICIU, SZABO, COFARIU —, modificări vegetative mai accentuate, apariţia în altă fază a somnului). Coşmarul este întîlnit mai frecvent în clinică în delirul febril, alcoolismul cronic, nevroza anxioasă.

Hans Schilt

699. **COTARD Jules** (1840—1889) ● Student şi asistent al unor maeştri iluştri ca CHARCOT, VULPIAN, FALRET, psihiatru cu un viu simţ de observaţie clinică, a descris pe parcursul a opt ani (1880—1888), în trei lucrări succesive, sindromul cu care va rămîne celebru în psihiatrie. În 1880 descrie delirul hipocondriac, în 1882, delirul negaţiilor, iar în 1888, delirul de enormitate. Mai puţin cunoscut este

Scanned with OKEN Scanner

faptul că aceste lucrări au fost reunite de FALRET, în 1891, după moartea autorului (victimă a difteriei, la 49 de ani), în volumul „Études sur les maladies cérébrales et mentales", pe care îl și prefațează. Precizăm că lucrările cu privire la psitacism și teza cu acest titlu nu aparțin lui COTARD tatăl, ci fiului acestuia, COTARD Lucien.

700. COTARD[S] *sindrom* — sin. MEGALOMELANCOLIE ● Sindrom descris de autorul al cărui nume îl poartă, constînd dintr-o asociere caracteristică de idei delirante, mai mult sau mai puțin sistematizate. Este întîlnit (mai rar astăzi) în melancolia delirantă (mai ales cea de involuție), demențe (paralizia generală progresivă) și în unele stări confuzionale (mai ales cele de origine infecțioasă). Cuprinde idei delirante de negație, avînd ca punct de plecare tulburările cenestezice și preocupările hipocondriace, idei delirante de imortalitate și de enormitate, la care se pot adăuga și cele de posesiune. Cînd mecanismele de proiecție hipocondriacă eșuează, pentru a alunga realitatea penibilă, bolnavul o neagă; el neagă existența sau funcționalitatea unor organe sau a corpului, precum și realitatea exterioară, considerîndu-se condamnat să fie nemuritor, pentru a suferi mereu. Imortalitatea este însoțită de nedefinire în spațiu, de existența într-o lume gigant și atrage după sine delirul de enormitate, cînd se pierde controlul asupra limitelor corpului. Tulburările de sensibilitate în sensul existenței analgeziei, tentativele suicidare, automutilările, ideile delirante de posesiune sînt alte elemente constitutive ale sindromului Cotard.

701. COVATIN[M]; COVATINE[M] Franța; COVATIX[M] Anglia — DCI *Captodiamă* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip 2-/p-(butiltio)-α-fenilbenziltio/-N,N-dimetiletilamină, cu valențe anxiolitice și sedative comparabile cu ale produsului românesc HIDROXIZIN[M]. Are o bună toleranță, ceea ce-i conferă o largă utilitate.

702 COVENGAR[M] Argentina — DCI *Dipotassium Clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă. Buna sa toleranță, cît și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

703. COX Joseph Mason (1773—1818) ● Autorul lucrării „Practical aberations on insanity" care s-a bucurat de succes, fiind tradusă și în Franța. Propune o serie de remedii în vederea „vindecării nebuniei", printre care și un fotoliu rotator, care declanșează o stare generală disconfortantă; se creează astfel un termen de comparație pentru starea de boală. Sub alte forme, ideea își va mai găsi utilizarea în psihiatrie.

704. CRADEX[M] Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină. Este o amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

705. CRAIG-NORMAN[B] *boală* — sin. BOALĂ TAY-SACHS CU ATINGERE VISCERALĂ PSEUDO-HURLER; GANGLIOZIDOZĂ CU GM-1; GANGLIOZIDOZĂ GENERALIZATĂ PRIN DEFICIT DE BETA-GALACTOZIDAZĂ; GANGLIOZIDOZĂ TIP I; LIPIDOZĂ NEUROVISCERALĂ FAMILIALĂ ● Afecțiune genetică transmisă autosomal-recesiv, ce constă în acumulare excesivă, viscerală și mezenchimală, a gangliozidului GM-1, ca rezultat al deficitului de beta-galactozidază. Apare la descendenții cuplurilor cu un grad ridicat de cosanguinitate. Sînt afectate ambele sexe, în egală măsură. Boala debutează la naștere sau în primul an de viață și este caracterizată prin întîrziere psihomotorie, care se agravează progresiv, dismorfie predominent facială (față edemațiată, hipertelorism, macroglosie, hipertrofie gingivală), hipotonie vasculară, cifo-scolioză. Examene paraclinice: radiologic, se decelează deformarea „în con" a primelor vertebre lombare; oftalmologic, pată maculară roșie-cireșie (50% din cazuri), cecitate progresivă. Examen biochimic: prezența de limfocite vacuolizate (10—80%). Evoluția bolii este progresivă spre deteriorare psihică, la care se asociază convulsii tonico-clonice. Diagnosticul se face pe baza datelor clinice (întîrziere în dezvoltarea psihomotorie, dismorfisme somatice), a examenelor paraclinice și de laborator. Diagnosticul diferențial se face cu boala Tay-Sachs, boala Hurler și boala Niemann-Pick.

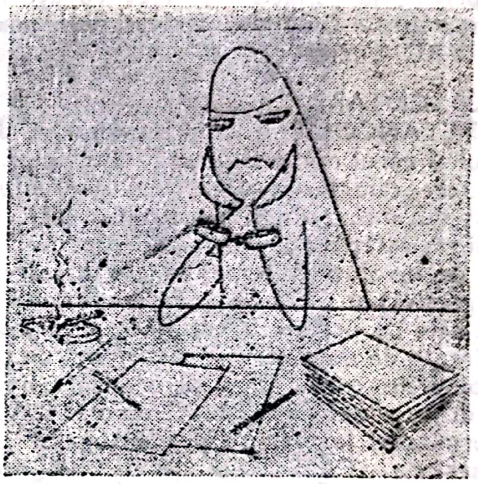
706. CRAMPĂ PROFESIONALĂ (fr. *crampe*) — sin. CRAMPĂ FUNCȚIONALĂ, CRAMPĂ OCUPAȚIONALĂ ● Contractură tranzitorie apărută la unul sau ambele membre superioare (mai rar inferioare), cu ocazia efectuării unui act voluntar bine determinat și întotdeauna același. Se încadrează în nevrozele motorii, elementele definitorii fiind cele ale nevrozei, la care se adaugă tulburarea funcțională caracteristică. Aceasta variază de la un subiect la

altul, în general, în raport cu profesia. A fost descrisă la scriitori (grafospasm — cea mai frecventă), dactilografe, instrumentiști, frizeri, telegrafiști, croitori, dansatori etc. Drept factori etiologici ai crampei profesionale se admit traumele psihice de durată (insuccese, conflicte, stări de tensiune etc.) și particularitățile individuale (labilitatea structurii psihice). Unii autori au suspectat prezența unui substrat organic, încă necunoscut, datorită aspectului de perturbare extrapiramidală al acestei tulburări. Afecțiunea se pare că ar fi mai frecventă la bărbați decît la femei, însă datele în acest sens sînt neconcludente. Mecanismul patogenic ar fi realizat prin perturbarea mecanismului reglator al contracțiilor musculare sinergice, sub acțiunea unor traume psihice de durată. Simptomul cardinal al crampei profesionale îl constituie tulburarea stereotipului psihomotor principal, din exercitarea meseriei. Sînt antrenați mușchii degetelor, mîinii, antebrațului, brațului, uneori pînă la musculatura gîtului, aceste segmente fiind imobilizate într-o poziție forțată. Se produce o contractură spastică dureroasă, foarte intensă. În unele cazuri, ea este înlocuită de tremurături și/sau durere.

Unii autori descriu o formă paralitică de efectuare a stereotipului psihomotor. În afara actului motor bine determinat, subiectul poate efectua orice altă mișcare cu membrul respectiv. Uneori, crampa profesională apare numai la reprezentarea mintală a efectuării actului. Manifestările nevrotice care acompaniază simptomul cardinal pot fi reprezentate de labilitatea emoțională crescută, anxietate, instabilitate, dismnezo-prosexii, insomnii.

Diagnosticul pozitiv se realizează pe baza elementelor definitorii, iar cel diferențial se face cu afecțiuni neurologice. Evoluția poate fi trenantă și prognosticul nu este întotdeauna favorabil, întrucît după tratament pot apărea recidive, care impun uneori schimbarea tipului de activitate. Psihoterapia comportamentală, medicația miorelaxantă, sedativă, anxiolitică, de tonificare generală se asociază cu metode de reeducare a stereotipului psihomotor.

707. **CRAMPA SCRIITORULUI** ● Disfuncții ale coordonării musculare însoțite de spasme, senzație de slăbiciune, rigiditate, dureri la nivelul articulației, pumnului, care apar la tentativele de a scrie (sau de a efectua o anumită activitate profesională). Pot fi însoțite de mișcări anormale și de hipertonia mîinii sau a întregului membru superior, mai rar înregistrîndu-se forme spastice, ataxice, algice sau chiar paralitice. Au fost descrise, în 1830, de BELL și BARUCK, fără ca pînă în prezent să li se poată pune în evidență etiopatogenia completă, dar datorită „selectivității" simptomatice, psihogeneza este pe deplin acceptată. În acest context, sînt discutate mecanismele de conversie isterică sau cele obsesionale, în fața acțiunii creatoare (ambivalența dintre



dorința de a o face și teama de a nu reuși). Unii autori vorbesc chiar de o personalitate psihomotorie. Terapia comportamentală arată că este vorba de un comportament disfuncțional învățat, pe care factorii interpersonali sau intrapersonali îl pot întreține. De altfel, P. JANET a fost primul care a propus o metodă „comportamentală" : readaptarea progresivă a scrisului. O serie de autori : BECH, CRISP, SYLVESTER, MOLDOVSKY, WOLPE, REAULEY, UCHIYAVA, MANJUARORA, COTTREAU au imaginat numeroase metode, mergînd de la simularea electrică, la bio-feed-back și afirmarea Sinelui, pentru a depăși dificultățile pe care le implică această boală. Beneficiile secundare reprezintă un obstacol redutabil în tratament. Rezultate surprinzător de bune se pot obține uneori pe calea subnarcozei barbiturice.

708. **CRÂNE EN TOUR**—sin. ACROCEFALIE ; CRÂNE DE THERSIL ; HIPSICEFALIE ; HIPSOCEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE → sin. THERSIL(s) sindrom.

709. **CRANIOCEL** (cf. gr. *kranion* „craniu" ; *koilos* „scobit, concav") — sin. ENCEFALOCEL sin. → CEFALOCEL.

710. **CRANIOLOGIE.** (cf. gr. *kranion* ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Termen propus de Frantz GALL pentru doctrina sa, numită ulterior, în 1817, de către frații FORSTER (elevii lui SPURZHEIM). → FRENOLOGIE.

Scanned with OKEN Scanner

711. **CRANIOPATIE NEURO-ENDOCRINĂ** (cf. gr. *kranion* ; *pathos* „experienţă") — sin. ACHARD-THIERS[B] sindrom ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ ; MOREL[B] sindrom ; MORGAGNI[B] boală ; STEWARD-GRIEG-MOREL[B] sindrom ; STEWARD-MOREL[B] sindrom → sin. MORGAGNI-STEWARD-MOREL[B] sindrom.

712. **CRANIUM BIFIDUM** (lat. „craniu despicat în două") → sin. MENINGOENCEPHALOCEL.

713. **CRASIN**[M] Coreea — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, sedativ-hipnotică şi valenţe antihistaminice, antidepresive şi miorelaxante. Are o bună toleranţă, influenţînd însă reflexele conducătorilor auto. Prezintă indicaţii în psihogenii, reacţii şi în tratamentul de întreţinere al endogeniilor ; este util în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

714. **CREATIVITATE** (fr. *créativité*) ● Capacitate de a crea. În stare potenţială, ar exista la toţi subiecţii, dar pentru a se exprima, necesită condiţii favorabile de ordin sociocultural. GALLPORT a introdus termenul, în 1938, subliniind faptul că existenţa creativităţii presupune predispoziţia pentru nou pe care o poartă individul în însăşi personalitatea sa, în modul în care această personalitate se bucură de o anumită organizare a proceselor psihice. Se opune conservatorismului, conformismului. Pentru PIAGET, este o „acomodare cu depăşire". Conceptul de creativitate nu include numai relaţia de cauzalitate cu noţiunea de inteligenţă, ci un complex de factori, ca percepţia, tendinţa spre originalitate, imaginaţia şi, după WECHSLER, factori noncognitivi. În evoluţia creatoare intervin, în final, toate procesele psihice. Conceptul de informaţie constituie suportul punctului de vedere al lui REITMAN, pentru care creativitatea reprezintă un mod de prelucrare a informaţiei. După GORDON, creativitatea presupune posibilitatea de a percepe familiarul ca necunoscut şi în totalitate nou, iar nefamiliarul drept cunoscut. Aceste două operaţii de bază fundamentează sinectica. O condiţie esenţială a creativităţii este interacţiunea optimă între atitudini, pe de o parte, şi motivaţii şi atitudini creative, pe de altă parte.

Încrederea în forţele proprii stimulează creativitatea, pe cînd neîncrederea în sine o paralizează. Psihanaliştii o consideră rezultatul procesului de sublimare a pulsiunilor inconştiente. La polul opus se situează punctul de vedere al lui SAPHIRO, pentru care procesul de creaţie se manifestă în condiţiile suprimării temporare a centurii. Considerăm mai plauzibilă concepţia psihanalitică, suprimarea cenzurii nefiind compatibilă cu sensul complex şi profund uman al termenului de creativitate. Creatorul este prin definiţie un adept al valorii şi activitatea sa îndeplineşte, în primul rînd, o funcţie axiologică, reflectă însuşirea unei responsabilităţi sociale.

Tehnicile terapeutice de grup, inspirate adeseori dintr-o psiho-sociologie analitică şi înrudite cu sinectica (brainstorming-ul), urmăresc stimularea creativităţii. În acest context, creativitatea capătă sensul unei aptitudini de a diminua tensiunile rezultate din inhibiţie şi angoasă, lăsînd cîmp liber manifestării fanteziei, prin care se exprimă dorinţele inconştiente. Fără a fi suprimată, cenzura canalizează mesajul inconştient, printr-un proces de sublimare.

Componentă a tuturor domeniilor vieţii, creativitatea devine o condiţie esenţială a progresului.

715. **CREAŢIE** (cf. lat. *creatio* „naştere") ● Instituire teleologică ce lărgeşte cuprinsul realului, adăugîndu-i o nouă formă de existenţă, care nu putea să apară de la sine, ci numai prin obiectivarea unui subiect capabil de invenţie şi realizare, de născocire şi întruchipare. Proces dinamic, prin care iau fiinţă valorile culturale, creaţia este o ipostază privilegiată a muncii, mai exact munca îndrumată de harul înnoirii, în afara tiparelor şi modelelor des repetate, munca din care se nasc alcătuiri materiale sau spirituale noi, originale, prin care omul şi lumea lui dobîndesc o dimensiune în plus. Prin analogie antropomorfizantă cu strădania creatoare a subiectului, gîndirea de inspiraţie religioasă consideră întregul cosmos drept rezultat al unui act de creaţie, săvîrşit, în virtutea unor puteri supranaturale, de către demiurgul divin, prin a cărui voinţă lumea se întrupează din neant. Perimat sub aspect filozofic, acest punct de vedere se regăseşte însă şi astăzi într-o formă atenuată în acele concepţii care privesc creaţia umană drept rezultat al unei inspiraţii revelate subiectului de către transcendenţă. Din rîndul viziunilor extremiste privind mecanismul secret şi forţele motrice ale creaţiei, se detaşează, pe de o parte, teoriile intelectualiste, iar pe de altă parte, teoriile subiectivist-voluntariste şi iraţionaliste, pentru care creativitatea este un act de absolută spontaneitate, stîrnit, în mod subit şi imprevizibil, de forţa factorilor abisali,

inconștienți. În realitate, creativitatea este condiționată social-istoric de stadiul evoluției materiale și spirituale a societății, care interferează în mod stimulator sau inhibitor cu potențialul de creativitate al fiecărei personalități, al cărei prag de performanță este condiționat de factori de ordin biologic, psihologic, și educațional. În funcție de specificul fiecărui domeniu de activitate, precum și de trăsăturile individuale ale fiecărei personalități, în orice act de creație interacționează, în proporții diferite, spontaneitatea și elaborarea, conștiința, luciditatea și inspirația, rațiunea și emoționalitatea, intuiția empirică și rigoarea teoretică etc.

716. **CREDIBILITATE** (cf. lat. *credibilis* „credibil") ● Coeficientul de veridicitate sau de plauzibilitate, cu funcție persuasivă, al unui discurs sau al unei relatări, depoziții, mărturii sau povestiri. Problema credibilității se pune cu acuitate în practica psihiatrică și judiciară, datorită atitudinilor „de fațadă" (disimulare, simulare, parasimulare etc.), adoptate conștient sau inconștient de către bolnavii psihici sau de către delicvenți, în scopul obținerii unor beneficii sau al inducerii în eroare a organelor de justiție și procuratură. Rolul experților psihiatrici și judiciari constă în stabilirea gradului de credibilitate a relatărilor cazurilor examinate. În determinarea valorii de adevăr, în psihiatrie se recurge — mai ales în cazul unor personalități dizarmonice : psihotici paranoiaci, nevrotici isterici și hipocondriaci — în afara interviului clinic, condus abil de către specialist, la o serie de examene, ca examenul psihologic, ancheta socială, examene biologice sau explorări funcționale.

Gradul de credibilitate se stabilește prin coroborarea rezultatelor, urmărindu-se concordanța dintre informațiile (subiective) furnizate de pacient și cele procurate prin tehnici și metode de teren și laborator (date obiective). În psihodiagnoză, pentru aprecierea gradului de încredere ce se poate acorda unui test, este de mare importanță cunoașterea coeficientului de fidelitate, prin care se înțelege consistența rezultatelor obținute de același subiect, cu prilejul examinărilor succesive (cu același test sau cu unul echivalent). Între rezultatele obținute prin aplicarea testului la același subiect în mod repetat, trebuie să existe o corelație de cel puțin 0,75/0,94, coeficient înalt de corelație), pentru ca testul să fie fidel.

717. **CREDULITATE** (cf. lat. *credulus* „credul") ● Caracteristica unor subiecți de a acorda credit vorbelor, atitudinilor, faptelor altor persoane, în lipsa unor temeiuri care să justifice această încredere sau chiar în prezența unor dovezi contrare. În multe cazuri, ține de gradul de sugestibilitate al subiectului, alteori depinde de forța și valorile reale sau simbolice, cu care sînt investite celelalte persoane. După opinia unor autori, credulitatea, ca fenomen psihopatologic, ar fi apanajul stărilor de deficit intelectual (oligofrenie, demențe).

718. **CREMATOFOBIE**(F) (cf. gr. *chremata* „bunuri, avere" ; *phobos* „frică") ● Frică patologică de bani, atît în ceea ce privește manipularea, cît și deținerea acestora. Nu este prea frecventă ; se întîlnește în nevroza obsesivo-fobică, psihastenie, schizofrenie.

719. **CREMNOFOBIE**(F) (cf. gr. *cremnos* „abis, prăpastie" ; *phobos* „frică") ● Teama patologică de prăbușirea în prăpastie sau de la înălțimi ; constituie corolarul obsesivo-fobic al personalităților psihastenice, al nevrozei obsesivo-fobice. Motivată și deci fără a avea un caracter net patologic, teama de prăpastie, adîncimi, apare la indivizi care prezintă un handicap al funcției vizuale.

720. **CRENOTERAPIE** (cf. gr. *krene* „izvor" ; *therapeia* „îngrijire") ● Utilizarea curei de ape minerale, deși mai rar folosită în psihiatrie, și-ar putea găsi și aici utilizări — după ANGHELUȚĂ, NICA-UDANGIU —, în cazul unor nevroze, în care ar acționa prin efect placebo. Pentru alți autori, termenul are acoperire mai largă, cu referiri nu numai la compoziția chimică a apei, ci și la proprietățile sale fizice → HIDROTERAPIE.

721. **CREOSEDIN**(M) Argentina — DCI *Bromazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valențe antidepresive. Trebuie administrat cu grijă la vîrstnici și conducători auto.

722. **CREPUSCULAR** (cf. lat. *crepusculum* „amurg") ● Tulburare a conștiinței în care se produce o „obnubilare mai mult sau mai puțin accentuată, cu dezorientare și defect consecutiv pe planul ideației, întretăiată de scurte faze de luciditate relativă" (P. GUIRAUD). Denumirea a fost dată prin analogie cu fenomenul răspîndirii difuze a luminii înainte de răsăritul și după apusul soarelui. Observațiile clinice actuale au conturat tabloul stării crepusculare ca pe o modificare cu aspect „critic" (debut și final brusc) a clarității cîmpului conștiinței, în diferite grade, cu îngustarea sa concomi

Scanned with OKEN Scanner

tentă, rămînind astfel posibilă efectuarea unei activități automate, deci cu acțiuni motorii coordonate, dar neadecvate în raport cu ocupațiile anterioare ale bolnavului. Față de toată această perioadă (cîteva momente, zile) și de conținutul ei, pacientul va avea o amnezie totală, lacunară sau parțială (depinzînd de profunzimea modificării de vigilitate). H. EY descrie experiența crepusculară ca pe un „eveniment prin care se pune realitatea între paranteze", fiind legată, chiar la un astfel de nivel de destructurare a conștiinței „de unele modalități ale constituției sale" (dramatism, artificialitate, mister). Tematica stării crepusculare simbolizează seismul dezorganizării conștiinței, ca un eveniment care marchează disperarea sau beția orgiacă. Circumstanțele etiologice sînt reprezentate (în ordinea frecvenței) de: epilepsie (temporală) ; beție patologică ; isterie ; reacții acute psihogene ; boli toxico-infecțioase ; hipoglicemie. Subiectul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea organizări delirante sau halucinații, ce se apropie de onirism și „sînt trăite de conștiința metamorfozată ca o modificare a realității" (H. EY), dar care antrenează doar parțial subiectul. Starea afectivă poate fi profund tulburată prin exaltare sau angoasă, rezultînd de aici o stare de agitație. Alteori, afectivitatea este neutră, actele și discursul pacientului părînd normale la prima vedere, iar obnubilarea fiind puțin vizibilă. La un examen mai atent, se poate constata că automatismele nu sînt în concordanță cu personalitatea bolnavului, în continuitate logică cu perioada anterioară impactului psihotraumatizant ; alteori, comportamentul devine anormal: acte bizare, fugi, agitație, crime. În ceea ce privește stările crepusculare isterice s-a observat că întotdeauna elementul confuzional este prezent în tabloul clinic ; apar mai ales la sexul feminin și durata lor este variabilă, depășind rareori două săptămîni. LAMPERIÉRE menționează că 25% dintre cazuri pot evolua spre o psihoză delirantă isterică. P. JANET le explică prin existența unei „idei fixe" (eveniment psihotraumatizant, pe care memoria îl reprimă în stare de veghe), generatoare a unei experiențe semiconștiente de depersonalizare și stranietate.

723. **CRETINISM** (fr. *crétinisme*) ● Tulburare mintală consecutivă mixedemului, manifestată printr-o severă deficiență mintală (idioție sau imbecilitate), asociată cu prezența gușii, nanism și aspect caracteristic „îmbătrînit" al feței. În secolele trecute, ca și la începutul secolului nostru, afecțiunea avea un caracter endemic. Datorită măsurilor de profilaxie aplicate în colectivitățile care se alimentează de la surse de apă sărace în iod, practic, afecțiunea nu mai este întîlnită în prezent.

724. **CRETOMANIE** (cretin + manie) ● Termen căzut în desuetudine, prin care era desemnată asocierea între cretinism și manifestările de tip maniacal, cu satiriazis, exagerarea apetitului sexual.

725. **CREUTZFELDT-JAKOB**[B] *boală* — sin. **PSEUDOSCLEROZĂ SPASTICĂ** ● Demență cu progres rapid, care evoluează pe fundalul unei encefalopatii, subacute, cu virus lent, apărînd, de obicei, după 50 de ani. Coexistă în tabloul clinic: tulburări extrapiramidale (rigiditate, mișcări involuntare — mioclonii, diskinezii de opoziție și sincinezii de imitație) ; tulburări de tip piramidal ; tulburări de tip cerebelos ; sindrom emisferic localizat parietal sau occipital (forma amaurotică Heidenheim). Ele sînt precedate de stare depresivă și hipomnezie de fixare, și urmate de sindrom confuzo-oniric și comă terminală. Afecțiune, în esență, neurologică prezintă importanță pentru clinicianul psihiatru, prin faptul că debutul este de tipul unui sindrom depresiv, care de abia ulterior se completează cu importante modificări ale funcției mnezice. Primele descrieri anatomo-clinice aparțin lui CREUTZFELDT (în 1920) și lui JAKOB (în 1921), care nu au putut sesiza suportul etiopatogenic, descoperit de GADJUSEK și GIBBS, în 1968 (un virus de tip lent). Evoluția este galopantă și, în cîteva luni, pacientul devine confuz, incapabil de comunicare, stuporos, cu incontinență sfincteriană. Exitusul apare, de obicei, la 2 ani de la debutul bolii. Modificările anatomo-patologice constau din: encefalopatie spongioasă, cu distrofie glioneuronală (distrugerea neuronală prin vacuolizare citoplasmatică, celule necrotice restante, astroglioză fibroasă și formarea de plăci). Aspectul electroencefalografic este relativ specific: complexe trifazice sau scurte bufee de unde lente, care se succedă în mod regulat. Incidența bolii este foarte redusă (0,4—1,9 la un milion), iar aproximativ 10% din cazurile care apar au o determinare familială. Se cunoaște un singur mod posibil de transmitere interumană, prin transplant de cornee.

726. **CRIESTEZIE/CRIOESTEZIE** (cf. gr. *kryos* „frig" ; *aisthesis* „senzație") ● Termenul a fost creat de DIEVLAFOY pentru a desemna frilozitatea (teama de frig), care reprezintă fie o sensibilitate crescută la frig, fie resimțirea senzației de frig în absența stimulilor exteriori (temperatura fiind normală). Patogenia include

o dereglare a termoreglării în cazul hipersensibilității la frig sau dereglarea termocenesteziei în cadrul apariției nemotivate a senzației de frig. Ambele dereglări au atît o componentă periferică, cît și una centrală, un rol revenind și sistemului nervos vegetativ (mai ales neurovascular). Etiologic, criestezia generală poate fi constituțională, printr-o dificultate înnăscută de adaptare vasomotorie și termică: subiecții distonic-neurovegetativi, hipersimpaticotonici, nevrotici. Ocazional, ea poate apărea într-o serie de circumstanțe debilitante, toxice sau stresante. În stările de mare tensiune psihică, acompaniate de descărcări masive de catecolamine, criestezia apare prin hipersimpaticotonie. Autointoxicația prin fumat excesiv, la fel ca și tensiunea psihică, determină descărcări catecolaminice. Excesul de droguri vasoconstrictoare (efedrina, amfetamina) poate determina frilozitate. Criestezia poate apărea în urma unui traumatism psihic sau fizic care determină o stare de dereglare momentană a organismului, a reacțiilor psihomotorii. Alte stări de care este legată criestezia: afecțiuni hepatice, afecțiuni renale, hipotensiune arterială, insuficiență cardiacă, anemii, stări consumptive, endocrinopatii. Criestezia limitată la extremități (acrocriestezie) este determinată de procese locale, periferice, care scad potențialul circulator local. Tratamentul este în primul rînd etiologic, atunci cînd este posibil (boli somatice, evitarea sau aplanarea stărilor tensionale). Tratamentul simptomatic se referă la îmbrăcăminte groasă, alcool în mică cantitate, băuturi calde, masaje, gimnastică. Vasodilatatoarele (acid nicotinic) au slabă eficacitate. Se mai aplică vitaminoterapie și, în extremis, piretoterapie.

727. CRIGLER-NAJJAR(B) *boală* • Tip de icter enzimatic hepatic, produs de o anomalie a metabolismului bilirubinei, cu transmitere ereditară, care determină apariția precoce a unor semne de suferință neurologică consecutive icterului nuclear. Din primele săptămîni de viață se manifestă tulburări de conștiință (somnolență) și de tonus muscular (hipertonie cu extensia membrelor și opistotonus, mioclonie, mișcări coreoatetozice și convulsii, tulburări de deglutiție). Evoluția este letală, tratamentul cu fenobarbital și expuneri la soare, sau lumină albastră, sau fluorescentă fiind aproape ineficace.

728. CRIMINAL ÎNNĂSCUT (fr. *criminel*; cf. lat. *criminalis*) • Termen lombrosian, învechit, reprezentînd o teorie conform căreia anumiți indivizi pot fi considerați delincvenți încă de la naștere, prin ereditate; această teorie care a cunoscut o epocă de glorie efemeră, fără să fi fost validată de proba cea mai crudă, cea a timpului. În prezent este abandonată.

729. CRIMINALISTICĂ (cf. fr. *criminaliste* „specialist în criminalistică") • Știință relativ

Arsène Lupin

tînără, greu de definit, fiind constituită dintr-un ansamblu de discipline (biologia, fizica, chimia, antropometria, medicina legală, toxicologia, fenomenologia criminală etc.) care furnizează probe necesare dreptului penal. Constă de fapt în utilizarea metodelor și procedurilor împrumutate din aceste discipline și din diverse tehnologii pentru a stabili probele actului criminal și a-i identifica autorul; pornind de la o metodologie a anchetei, ea se constituie dintr-o adevărată „artă a culegerii de mărturii".

730. CRIMINALITATE (fr. *criminalité*) • Stare infracțională pe un anumit teritoriu și într-o perioadă determinată. A apărut odată cu împărțirea societății în clase antagoniste, ca urmare a unor cauze socio-economice, politice, morale, specifice fiecărui stat, prezentînd și caracteristici diferite de la țară la țară, atît prin amploarea și compoziția delincvenței, cît și ca urmare a diferențelor de încadrare juridică și de stabilire a pedepselor. Criminalitatea legală este exprimată de ansamblul judecăților sau al condamnărilor pronunțate. Criminalitatea aparentă constituie totalitatea infracțiunilor aduse prin diferite mijloace la cunoștința autorităților; este inferioară numeric celei dintîi. Criminalitatea reală

constituie totalitatea infracţiunilor efectiv comise într-un teritoriu şi într-o perioadă dată. „Cifra obscură" („neagră") separă criminalitatea aparentă de criminalitatea reală. Criminologii estimează criminalitatea reală după criminalitatea aparentă şi criminalitatea legală. Evoluţia societăţii moderne modifică rata criminalităţii, în general în sensul unei creşteri. Factorii care influenţează această creştere ar fi:

- urbanizarea (trecerea de la societăţile agricole la cele industriale) pare să crească criminalitatea, datorită schimbărilor ce intervin în structura societăţii ; SHAW şi Mc KAY (1926) constată creşterea delincvenţei juvenile la oraşe, cele mai frecvente manifestări fiind proxenetismul, delictele contra moralei etc. ;
- deplasarea populaţiei antrenează o degradare a structurilor de grup tradiţionale prin părăsirea ambianţei originale, fapt observat la sfîrşitul secolului al XIX-lea de JOLY în Franţa, confirmat recent într-un studiu efectuat la Amsterdam de către VAN der BRINCK ; emigraţia într-o altă ţară ar avea potenţialul criminogen cel mai mare ;
- schimbarea compoziţiei etnice a populaţiilor ;
- alcoolul şi stupefiantele sînt factori criminogeni bine cunoscuţi în societăţile contemporane ;
- creşterea proporţiei timpului liber neorganizat, lipsit de activităţi productive (E. GLUECK într-un studiu comparat pe adolescenţi americani găseşte în lotul de delincvenţi subiecţi care îşi petreceau majoritatea timpului liber la colţul străzii) ;
- libertinajul moral promovat prin orice mijloc (educaţional, mass-media etc.) creşte criminalitatea.

731. **CRIMINOGENEZĂ** (cf. lat. *crimen* ; gr. *gennesis* „producere, naştere") ● Studiul mecanismelor generînd acte delictuale (mecanisme biologice, psihologice şi sociale).

732. **CRIMINOLOGIE** (fr. *criminologie* ; cf. lat. *crimen* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Domeniu interdisciplinar care are ca obiect criminalitatea. Studiază diferitele aspecte ale crimei şi criminalilor, precum şi tendinţele criminale ale omului (cauze, context, psihologie criminală, prevenţie, remedii etc.). Într-o perspectivă integratoare, criminologia este considerată ca ştiinţă ce studiază infracţiunea ca fenomen social (E. FERRI). M. LAIGNELL-LAVASTINE şi V. STANCIU consideră criminologia ca studiul „complet şi integral al omului, cu preocuparea de a cunoaşte cauzele şi remediile activităţii sale antisociale". Aportul psihiatrilor la dezvoltarea criminologiei începe cu PINEL şi CABANIS. ESQUIROL considera criminalul un bolnav mintal care poate fi tratat ; LOMBROSO a descris în lucrarea „Omul criminal" (1876), tipuri de criminali, studiind aspectele sociale ale criminalului şi raportul epilepsiei cu delincvenţa. În această perioadă, MAGNAN, LEGRAIN şi DUPRÉ susţin teoria unei perversităţi constituţionale în etiologia crimei şi caracterul criminogen al perversiunilor sexuale, al alcoolismului şi toxicomaniei. PENDE şi DI TULIO descriu tipologii criminale. TARDE, în „Criminalitate comparată", studiază implicarea mediului social al subiectului în criminalitate, dar primul care a pus bazele ştiinţifice ale sociologiei crimei a fost DURKHEIM.

Psihanaliza a fundamentat (prin FREUD, ADLER, FREIDELANDER, LAGACHE) o criminologie specifică. Teoriile moderne sînt de origine psiho-sociologică (SUTHERLAND, SELLIN) şi susţin importanţa dezvoltării unei mentalităţi criminale la viitorul criminal, subliniind astfel rolul personalităţii dizarmonice în criminogeneză şi devianţă în general. Ştiinţă interdisciplinară, criminologia modernă utilizează un larg evantai de metode de investigare a persoanei, a grupurilor şi sistemelor sociale de la metode clinice pînă la metode sociologice. DRAGOMIRESCU observă că psihosociologia aplicată comportamentului deviant îşi găseşte unul din domeniile de aplicare în criminologia şi sociologia comparată.

733. **CRIO-** (cf. gr. *kryos* „frig") ● Element de compunere care introduce în termeni noţiunea de frig.

734. **CRIOFOBIE**(F) (cf. *crio-* ; gr. *phobos* „frică") — sin. CHEIMOFOBIE(F); PSICROBIE(F) ● Teamă excesivă şi nejustificată de frig ; ca şi în alte fobii de tip cantitativ, acurateţea raportului justificat/nejustificat este cel care o diferenţiază şi o defineşte.

735. **CRIPTOGENETIC** (cf. gr. *kryptos* „ascuns" ; *gennetikos* „care generează") ● Termen care desemnează o cauzalitate necunoscută. În nosologia psihiatrică sînt încă multe entităţi a căror etiologie rămîne criptogenetică (epilepsia, psihozele halucinatorii cronice etc.).

736. **CRIPTOMNEZIE** (cf. gr. *kryptos* ; *mnaomai* „a se gîndi la") ● Evocare a amintirilor inconştiente. RIBOT făcea referiri la exprimările într-o limbă necunoscută în timpul stărilor

de somnambulism, acea xenoglosie de care bolnavul nu este conștient în stare vigilă. A fost inclusă de BLEULER în tulburările de memorie la paramnezii (iluzii amnestice), în care subiectul își însușește, ca fiindu-i proprii, idei sau lucrări despre care a auzit sau pe care le-a văzut. Subiectul nu poate fi acuzat de plagiat, deoarece nu face afirmația conștient, deliberat, ci ignorînd beneficiile unei asemenea acțiuni. De altfel, acești subiecți se încadrează în patologia psihică gravă : schizofrenii, deliruri sistematizate cronice (paranoice sau parafrenice), demențe traumatice, senile și vasculare (în stadii avansate).

737. **CRISTALOFOBIE**[F] (fr. *cristallofobie* ; cf. gr. *krystallos* „viață" ; *phobos* „frică") ● Frică patologică, nemotivată, de obiecte din sticlă ; nu este frecvent întîlnită, nici ca semn izolat și nici în asociere (schizofrenie). Prin extensie, termenul se referă la teama de cioburi (obiecte tăioase de sticlă) și oglinzi (cu încărcătura lor simbolică).

738. **CRITCHLEY**[S] *sindrom* — sin. MUZICOLEPSIE ● Tip de epilepsie reflexă, în care factorul epileptogen este reprezentat de un excitant sonor. Acesta (probabil) declanșează o stare afectiv-emoțională, inductoare la rîndul ei a unei crize, de obicei de tip petit mal.

739. **CRITERIU** (cf. gr. *kriterion* „ceea ce servește la judecată") ● Principiu orientativ al judecăților de valoare, semn sau indiciu după a cărui prezență sau absență pot fi deosebite limitele polare ale domeniilor de valori: adevărul și falsul, frumosul și uritul, binele și răul. Orice filozofie aspiră, înainte de toate, să definească argumentativ un criteriu ferm al adevărului, prin care să-și întemeieze enunțurile, indiferent de conținutul lor eidetic. Filozofii nu concordă însă în recunoașterea aceluiași criteriu de adevăr ; unii optează pentru evidența senzorială (EPICUR, empiriștii), alții pentru certitudinea rațională (raționaliștii) ; ARISTOTEL și, mai tîrziu, LEIBNITZ consideră drept criteriu al adevărului principiul non-contradicției ; KANT dă drept normă a valorii cunoștințelor, autoritatea constituantă a formelor a priori ale intelectului. Concepțiile iraționaliste fac apel la spontaneitatea discriminatorie a forțelor obscure ale sufletului omenesc — intuiția, pasiunea, iubirea, comprehensiunea etc. Varietatea criteriilor de adevăr propuse și fiabilitatea oricăruia dintre ele reprezintă argumentele principale ale teoriilor sceptice, care neagă posibilitatea de principiu a unui criteriu unic și ferm al adevărului. Materialismul dialectic demonstrează că orice criteriu valoric este condiționat istoric, avînd sens și operaționalitate numai raportat la interesele, aspirațiile, idealurile și orizontul eidetic al diferitelor grupuri sociale. Sursa și principalul criteriu de adevăr al conștiințelor este praxisul, chiar dacă acesta nu reprezintă o instanță unică și infailibilă de validare a adevărului, întrucît nu poate oferi condiții pentru verificarea tuturor ipotezelor emise într-un anumit moment, dat fiind caracterul său relativ, concret-istoric. De aceea, materialismul dialectic acceptă, pe lîngă criteriul practicii sociale, și alte criterii de adevăr : concordanța cu principiile formale ale logicii, acordul cu legile naturii și cu anumite sisteme de invarianți.

740. **CRITERIU DIAGNOSTIC/PROGNOSTIC** (cf. gr. *kriterion* ; *diagnosis* „acțiunea de a discerne") ● Apariția și acceptarea noțiunii de criteriu în diagnostic a reprezentat „*finalul așa-numitului fler clinic*" ; ceea ce era evident pentru unii devine la fel de clar pentru toți. Apărut din necesitatea definirii cît mai exacte a bolii, în vederea asigurării unei unități de concepție pentru compararea rezultatelor diferitelor studii clinice, a ușurinței de comunicare între diferite școli, diagnosticul cunoaște în ultima vreme o netă tendință spre standardizare. Elementele de semiologie, evoluție, prognostic, caracteristicile personalității premorbide, nivelul funcționării profesionale și sociale devin criterii diagnostice sistematizate în liste sau scheme. Valoarea operațională a acestor criterii este net perceptibilă și vizează certitudinea de a depista totdeauna aceeași entitate, indiferent de cel ce operează cu criteriul respectiv și de lotul de bolnavi investigați, precum și calitatea de a evita definirea eronată a altei entități decît cea pe care o definesc (validitatea). Schizofrenia întrunește cele mai numeroase seturi de criterii diagnostice. Primul care a întocmit o astfel de listă sui-generis, unidimensională, limitată doar la simptome cu mare valoare prognostică, a fost E. BLEULER (simptome fundamentale și accesorii) încă în 1911. La fel a procedat K. SCHNEIDER în 1959, cînd a definit simptomele de primul și al doilea rang, făcînd încă un pas înainte prin introducerea ierarhizării și alcătuirea capului de serie al viitoarelor seturi diagnostice. H. EY va descrie, în 1974, un set de criterii diagnostice (cu simptome deficitare și productive) de natură exclusiv psihopatologică.

Toate aceste scheme și criterii sînt unidimensionale și au o valoare pur pragmatică pentru stabilirea diagnosticului.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel nr. XLII

E. Bleuler (1911)	*K. Schneider (1959)*	*H. EY (1974)*
● simptome fundamentale : • tulburări ale asociațiilor gîndirii ; • autism ; • ambivalență ; • tulburări ale afectivității.	● simptome de rangul I : • sonorizarea gîndirii ; • voci contradictorii ; • voci comentative ; • percepții delirante ; • trăiri de influență exterioară corporală ; • gînduri impuse ; • mișcări, îndemnuri impuse ; • acte voliționale impuse ; • furtul gîndurilor ; • inserția gîndurilor ; • transmiterea gîndurilor.	● simptome deficitare: • sindromul disociativ : — tulburări ale desfășurării gîndirii și cîmpului conștiinței ; — tulburări de limbaj ; — alterarea sistemului logic ; — dezorganizarea vieții afective ; — discordanța psihomotorie. • comportament catatonic
● simptome accesorii : • tulburări de percepție ; • idei delirante ; • tulburări funcționale ale memoriei ; • simptome catatonice ; • modificarea scrisului și gîndirii.	● simptome de rangul II : • alte halucinații ; • intuiția delirantă ; • perplexitatea ; • sărăcirea afectivă ; • „distimii" de tonalități depresive și euforice.	● simptome productive : • delirul autistic (autismul) : — trăirea delirantă ; — elaborarea delirantă secundară.

Primul set care răspunde necesității abordării multidimensionale a schizofreniei este cel conceput de LANGFELDT, în 1960 :

● Întrerupere în dezvoltarea personalității. Debut insidios ; retragerea socială, scăderea randamentului, lipsa personalității, comportament neobișnuit, personalitate schizoidă.

● Dezintegrarea personalității. Pierderea psihotică a contactului cu realitatea, cu prăbușirea sistemului conceptual integrativ individual, însoțită de ambivalență, de realizare, perplexitate, false nerecunoașteri, alienare etc., avînd cel puțin două din următoarele simptome :

- modificarea asociațiilor ;
- modificarea afectelor ;
- deliruri ;
- halucinații auditive ;
- simptome catatonice.

● Deteriorare progresivă (simptomatologie reziduală persistentă, timp de cel puțin 2 ani).

Actualele orientări încep cu așa-numitele criterii de la St. Louis (FEIGHNER, 1972), care cuprind seturi menite cercetării clinice, pentru 14 afecțiuni psihice, validate prin studii familiale și catamnestice. Setul diagnostic al schizofreniei caracterizează această afecțiune ca o boală cu evoluție cronică, cu durată de cel puțin 6 luni și cu absența la subiect a unei boli afective (discriminare specificată pentru prima oară de K. SCHNEIDER).

● *FEIGHNER și alții* (1972) Pentru diagnostic sînt necesare :

- următoarele criterii ;

Scanned with OKEN Scanner

— boală cronică, durînd cel puţin 6 luni, cu simptome anterioare evaluării index, fără revenire la nivelul premorbid al adaptării psihosociale ;
— absenţa unei perioade de simptome depresive sau maniacale, suficiente pentru a fi calificate ca tulburare afectivă sau probabil afectivă ;

● cel puţin unul din următoarele criterii :
— deliruri sau halucinaţii fără perplexitate semnificativă sau dezorientarea asociată acestora ;
— productivitate verbală care face comunicarea dificilă, datorită absenţei unei organizări logice sau comprehensibile (în prezenţa stării de mutism decizia diagnostică trebuie amînată) ;

● cel puţin trei din următoarele manifestări, pentru diagnosticul de schizofrenie „sigură", respectiv două, pentru diagnosticul de schizofrenie „probabilă" :
— autism ;
— adaptabilitatea socială sau profesională premorbidă slabă ;
— istoric familial de schizofrenie ;
— absenţa alcoolismului sau abuzului de droguri în anul dinaintea debutului ;
— debut înaintea vîrstei de 40 ani.

ASTRACHAN şi alţii (1972) elaborează simultan NEW HAVEN SCHIZOFRENIA INDEX (NHSI), validat prin studii încrucişate asupra unei mari varietăţi de loturi de subiecţi, provenind din diferite medii sociale.

● *NEW HAVEN SCHIZOFRENIA INDEX (NHSI) — ASTRACHAN şi alţii, 1972 :*
● — deliruri (nespecifice sau altele decît depresive ;
— halucinaţii auditive ;
— halucinaţii vizuale ;
— halucinaţii (altele) ;
● — gînduri bizare ;
— autism sau gînduri evident nereale şi în neconcordanţă cu personalitatea ;
— modificarea asociaţiilor, gîndire ilogică, asociaţii întîmplătoare ;
— blocaj ;
— adeziune la concret ;
— derealizare ;
— depersonalizare ;

● Afect inadecvat ;
● Confuzie ;
● Ideaţie paranoidă (gînduri de autoreferire, suspiciozitate) ;
● Comportament catatonic :
— excitaţie ;
— stupor ;
— flexibilitate ceroasă ;
— negativism ;
— mutism ;
— ecolalie ;
— activitate motorie stereotipă.

Setul CSB (CARPENTER, STRAUSS, BARTKO, 1973 sau WHO FLEXIBLE SYSTEM, rezultat din Studiul Internaţional Pilot OMS) permite stabilirea flexibilă a diagnosticului cu 4—8 simptome, la alegerea cercetătorului, dintre cele 12 pe care le cuprinde. Setul TAYLOR şi ABRAMS (1977), ca şi CSB, par cele mai omogene, datorită restringerii spectrului de criterii, în sensul definirii bolii „nucleare".

● *CARPENTER, STRAUSS, BARTKO (CSB), 1973 sau WHO FLEXIBLE SYSTEM :* afectat restrins, perspicacitate diminuată, sonorizarea gîndirii, relaţii reduse, deliruri diverse, vorbire incoerentă, afirmaţii nefondate, idei bizare, deliruri nihiliste, absenţa trezirii matinale, absenţa faciesului depresiv, absenţa relaţiei.

● *TAYLOR, ABRAMS (1977) :* durata episodului mai mare de 6 luni, conştiinţă clară, deliruri, halucinaţii, tulburări formale ale gîndirii (verbigeraţie, aproximarea cuvintelor, neologisme, baraj, divagaţii), absenţa supleţii afective, absenţa semnelor şi simptomelor suficiente pentru a pune diagnosticul unei boli afective, absenţa alcoolismului sau abuzului de droguri în anul precedent sau în episodul index, absenţa unor semne focale şi simptome ale unei afecţiuni cerebro-organice sau a unei boli somatice cunoscută ca fiind responsabilă de schimbări comportamentale semnificative.

Aceste seturi nu satisfac pe deplin ; ENDICOTT şi alţii (1982) au observat rata mică a diagnosticării bolii cu aceste seturi (în pofida validităţii lor crescute), datorită introducerii criteriului „pierderea supleţei afective", rareori prezent la cazurile noi şi chiar la cele vechi, neinternate. Este probabil faptul că prin aceste sisteme sînt identificate numai jumătate dintre cazurile de schizofrenie vera.

Deşi nu utilizate frecvent, sînt destul de bine cunoscute seturile RDC (criterii diagnostice pentru cercetare — SPITZER şi alţii, 1978), precum şi setul DSM III (1980).

● *RESEARCH DIAGNOSIS CRITERIA (RDC) :* pentru diangostic sînt necesare :

- cel puțin două din următoarele criterii, pentru un diagnostic sigur, unul pentru un diagnostic probabil fără a fi luate în considerație dacă apar în timpul unei perioade toxicomanice (droguri sau alcool) ori de sevraj :
  — transmiterea gîndurilor, „inserția" sau furtul lor ;
  — delirul de a fi controlat sau influențat, alte deliruri bizare sau multiple ;
  — alte deliruri decît cele persecutorii sau de gelozie, durînd cel puțin o lună ;
  — orice deliruri dacă sînt însoțite de halucinații de orice fel, pentru cel puțin o săptămînă ;
  — halucinații auditive în care o voce comentează continuu comportamentul sau gîndurile bolnavului, sau două sau mai multe voci comentează între ele ;
  — halucinațiile verbale nonafective adresate subiectului ;
  — orice halucinații cu o durată de una pînă la cîteva zile sau, intermitent, de cel puțin o săptămînă ;
  — situații distincte în care tulburarea gîndirii formale este însoțită de afectivitate grosieră, tocită sau neadecvată, de deliruri, sau halucinații de orice fel, sau de comportament profund dezorganizat ;
- unul din următoarele criterii :
  — durata bolii este de cel puțin două săptămîni de la debut pînă la apariția unei schimbări notabile în starea obișnuită a bolnavului ;
  — subiectul a avut o perioadă de boală de cel puțin două săptămîni, în care a întrunit criteriile și semnele reziduale ale bolii, care persistă (exemplu : izolare socială severă, afecte inadecvate sau tocite, tulburarea gîndirii formale, gîndire și experiențe perceptuale neobișnuite) ;
- în nici o perioadă activă a bolii subiectului nu i se întrunesc criteriile pentru manie sau depresie probabilă sau sigură, în așa măsură încît una sau alta să alcătuiască tabloul dominant al bolii.

- *DSM III* (1980) :
- cel puțin unul din următoarele criterii în timpul perioadei de stare a bolii :
  — deliruri bizare (conținut evident absurd, fără nici o premisă în realitate), ca idee de a fi controlat, transmiterea gîndurilor, gînduri inserate sau furtul gîndurilor ;
  — deliruri localizate corporal, grandioase sau mistice, nihiliste sau fără conținut persecutor sau de gelozie ;
  — deliruri persecutorii sau de gelozie, numai dacă sînt însoțite de halucinații de orice tip.
  — halucinații auditive, în care o voce susține un comentariu continuu asupra comportamentului sau gîndirii bolnavului sau în care două sau mai multe voci conversează între ele ;
  — halucinații auditive în cîteva ocazii, conținînd mai mult decît unul sau două cuvinte, fără legătură aparentă cu starea depresivă sau euforică ;
  — incoerența marcată, pierderea asociațiilor, gîndire marcat ilogică, sau marcată sărăcire a conținutului vorbirii, dacă este asociată cu cel puțin unul din următoarele aspecte :
    — afecte șterse sau inadecvate ;
    — deliruri sau halucinații ;
    — componente catatonice sau de alt tip, evident dezorganizate ;
- deteriorarea față de nivelul anterior de funcționare în domeniile activității profesionale, sociale și autoîngrijirii ;
- durata : semne continue ale bolii, pentru cel puțin 6 luni, în cursul vieții individului. Perioada de 6 luni include o fază activă, în timpul căreia există simptome din primul grup, cu sau fără o fază prodromală sau reziduală.

  Faza prodromală constituie o evidentă deteriorare în activitatea anterioară fazei active a bolii, care să nu fie rezultatul unei tulburări de dispoziție ori a unei toxicomanii și implicînd cel puțin două din simptomele enumerate mai jos.

  Faza reziduală se caracterizează prin persistența, după faza activă a bolii, a cel puțin două din simptomele enumerate mai jos, care să nu fie rezultatul unei tulburări de dispoziție sau al unei toxicomanii.

  Simptomele prodromale sau reziduale :
  — izolare socială sau abstinență ;

— dificultatea marcată în îndeplinirea rolului de salariat, de cap de familie, student, gospodină etc. (corespunzător statutului social);
— component evident ciudat (colecționarism de „gunoaie", solilocvie în public, depozitare inutilă de alimente — „hoarding food");
— evidentă neglijare a igienei corporale și a păstrării ordinii;
— afect șters sau inadecvat;
— vorbire digresivă, vagă, hiperelaborată, circumstanțială sau metafizică;
— ideație inutilă sau bizară, gîndire magică (superstițiozitate, clarviziune, telepatie, „al șaselea simț", alții pot simți sentimentele mele"), idei de supraapreciere sau de relație;
— experiențe perceptuale neobișnuite (iluzii repetate, sesizarea prezenței unei forțe sau persoane în realitate inexistente).

RDC (Criterii diagnostice pentru cercetare, SPITZER și alții, 1978) este un sistem descriptiv, larg folosit pînă în 1982 în numeroase studii, derivat din DSM II, care prevede pentru schizofrenie două din 8 simptome și o durată de minimum două săptămîni pentru fiecare episod. HAIER (1980) constată o concordanță variabilă, moderată spre slabă, la aplicarea diferitelor seturi menționate la același pacient, concordanța în cadrul unui aceluiași set fiind în general ridicată. Validitatea lor rămîne încă insuficient studiată și este dificil de apreciat în lipsa criteriilor concrete ale adevăratei schizofrenii (ENDICOTT, și alții, 1982), necesitînd noi studii complexe (familiale, catamnestice, de eficiență terapeutică, testare psihologică și analiză factorială), care sînt în curs de realizare. În general, strategia utilizării seturilor pentru schizofrenie depinde de obiectivul cercetării. Astfel, un lot cît mai omogen se obține prin seturile „restrînse"; dacă necesitățile studiului o cer (studiile epidemiologice, de exemplu), lărgirea lotului spre o relativă heterogenitate se poate realiza prin utilizarea succesivă) a unor seturi diferite. Orientarea spre diagnosticul standardizat este un bun cîștigat, prin unificarea limbajului în cercetare și în clinică, dar — așa cum remarcă WILLIAM și SPITZER (1982), vorbind despre setul DSM III pentru schizofrenie — ea nu și-a atins scopul, elaborarea seturilor de criterii diagnostice bazîndu-se pe experiența și cunoștințele limitate ale prezentului. Studiile de validitate își vor spune cuvîntul în elaborarea probabilă a unor noi seturi, mult mai operaționale.

● *Diagnosticul computerizat CATEGO (WING și alții, 1974)* utilizează criterii incorporate într-un program aplicabil profilului simptomatic al pacientului, în scopul obținerii unui ordin de clasificare mai mult sau mai puțin echivalent cu diagnosticul respectiv. Datele obținute prin examinarea stării prezente a pacientului considerată ca o tehnică standard vor constitui informațiile după care va fi pregătit programul. Diagnosticul în sistemul CATEGO se bazează pe existența a trei „clase" de schizofrenie „certă":

● Clasa S+ (psihoză schizofrenică)
Simptomele caracteristice:
- furtul sau transmiterea gîndurilor;
- delirul de a fi controlat;
- voci discutînd despre pacient la persoana a treia sau comentîndu-i acțiunile și gîndurile;
- alte halucinații auditive (fără substrat afectiv);
- alte deliruri.

Dacă oricare din primele trei simptome sînt prezente, pacientul este automat referit clasei S+; la fel, dacă ultimele două simptome sînt prezente.

● Clasa P+ (psihoză paranoidă)
Simptomele principale sînt:
- delirurile (altele decît cele de prim rang);
- halucinațiile (altele decît cele auditive).

Această clasă se referă la pacienții cu alte deliruri și halucinații decît cele depresive sau expansive, sau cu alte caracteristici decît cele specifice clasei S+.

● Clasa O+ (alte psihoze — schizofrenia simplă sau catatonică).
Simptomele principale sînt cele caracteristice catatoniei și comportamentului halucinator. Pacienții sînt referiți acestei clase numai dacă nu există alte simptome psihice.

Se specifică alte trei clase de schizofrenie „incertă":

● Clasa S? — voci vorbind direct pacientului (nu despre el), necaracteristice depresiei sau maniei.

● Clasa P? — delirurile de persecuție sau referință în absența altor simptome, sau doar deliruri „parțiale".

● Clasa O? — activitate aplatizată, semne specifice de psihoză și schizofrenie, semne ale schizofreniei reziduale.

Criterii pentru prognostic. Criteriile de evaluare a prognosticului în schizofrenie privesc

tabloul simptomatologic, durata spitalizării și, în special, capacitatea de a stabili relații sociale. BROCKINGTON, KEINDELL, LEFF (1978) observă valențe predictive prognostice în cadrul a patru seturi diagnostice (LANGFELDT, RDC, CSB, CATEGO). LANGFELDT elaborează primul set de criterii pentru prognosticul nefavorabil în schizofrenie, iar ROBINS, GUZE (1970) elaborează o listă a particularităților prognostice de lungă durată.

● SCALA LANGFELDT (1960) — adaptată.

Indicatori pentru prognostic favorabil	*Indicatori pentru prognostic nefavorabil*
● prezența factorilor precipitanți ;	● absența factorilor precipitanți ;
● debut brusc, violent ;	● debut insidios (6 luni sau mai mult) ;
● simptome cu evoluție scurtă ;	● simptome durînd 6 luni sau mai mult ;
● extroversie ;	● introversie ;
● biotip nesemnificant;	● biotip astenic ;
● combinarea unui număr cît mai mare de criterii.	● combinarea unui număr cît mai mic de criterii.

Scala Langfeldt originală nu făcea referiri decît la indicatorii nefavorabili ai prognosticului, iar ultimul punct face referiri numai la combinarea punctelor patru și cinci, care în opinia autorului, ar avea o semnificație mai mare.

● SCALA STEPHENS, ASTRUP, MAGNUM (1966) — adaptată, cu scor de determinare mai mic sau egal cu 6.

Indicatori pentru prognostic favorabil	*Indicatori pentru prognostic nefavorabil*
1	2
● debut acut (mai mic sau egal cu 6 luni);	● debut insidios (mai mare decît 6 luni) ;
● prezența evidentă a factorilor precipitanți ;	● absența factorilor precipitanți ;
● căsătorit (la prima internare) ;	● necăsătorit (internări repetate) ;
● adaptare socială premorbidă bună ;	● adaptare socială premorbidă deficitară ;
● depresie (prezența factorilor depresivi) ;	● afectivitate indemnă ;
● absența personalității schizoide ;	● prezența personalității schizoide ;
● sentimente exprimate de vinovăție (puternice) ;	● absența sentimentelor de vinovăție ;
● confuzie și/sau dezorientare ;	● absența confuziei și dezorientării ;
● absența unui QI scăzut ;	● prezența unui QI scăzut ;
● absența aplatizării emoționale ;	● prezența aplatizării emoționale ;
● absența eredității schizofrenice.	● prezența eredității schizofrenice.

SCALA STEPHENS, ASTRUP, MAGNUM originală nu făcea referiri decît la indicatorii favorabili ai prognosticului.

● SCALA ROBINS, GUZE (1970)

Indicatori pentru prognostic favorabil	*Indicatori pentru prognostic nefavorabil*
● adaptare premorbidă bună ;	● adaptare premorbidă slabă (personalitate schizoidă sau paranoiacă) ;
● factori precipitanți ;	● absența unor factori precipitanți evidențiabili ;
● debut brusc (mai puțin de 6 luni) ;	● debut insidios (mai mare de 6 luni) ;
● absența unei isterii familiale de schizofrenie ;	● istoric familial de schizofrenie ;
● tulburare de conștiință sau stări oneiroide la internare ;	● senzoriu clar (absența tulburărilor de percepție) ;
● simptome proeminente ale afectivității ;	● afectivitate ștearsă ;
● simptome paranoide (dispoziție și idei delirante).	● absența simptomelor paranoide.

Scanned with OKEN Scanner

În țara noastră a fost elaborată o nouă scala de criterii pentru prognostic, scala TITAN (1985), prezentată acum pentru prima oară în literatura de specialitate, deși a fost deja utilizată în studiul comparativ al tratamentului cu neuroleptice standard și neuroleptice cu acțiune de lungă durată (GORGOS și alții, 1985).

● SCALA TITAN (1985) cu scor de determinare minimum 5

Indicatori pentru prognostic favorabil	*Indicatori pentru prognostic nefavorabil*
● absența unor trăsături dizarmonice premorbide ;	● prezența unor trăsături dizarmonice premorbide ;
● adaptare premorbidă bună ;	● adaptare premorbidă deficitară;
● absența antecedentelor psihiatrice în familie ;	● prezența antecedentelor psihiatrice în familie ;
● debut brusc, violent, evident pentru familie, anturaj și subiect ;	● debut insidios mai mare de 6 luni ;
● prezența factorilor precipitanți ;	● absența factorilor precipitanți ;
● prezența tulburărilor de conștiință și de afectivitate la internare ;	● absența tulburărilor de conștiință și de afectivitate la internare ;
● prezența dispoziției și ideilor delirante ;	● absența dispoziției și ideilor delirante ;
● prezența unui QI ridicat ;	● prezența unui QI scăzut ;
● răspuns bun la tratament ;	● evoluție trenantă;
● reinserție socio-profesională bună la parametrii anteriori (sau sensibil egali).	● reinserție defectuoasă, inferioară celei anterioare.

Scorul minim de 5 este valabil pentru ambele posibilități de prognostic (favorabil/nefavorabil).

741. CRITICĂ (cf. gr. *kritikos* „capabil de a judeca") ● Demers analitic și interpretativ ce vizează dezvăluirea, explicarea și precizarea limitelor unei forme de activitate umană, întemeind anumite criterii de evaluare a obiectului supus criticii. Principalele forme de critică teoretică sînt :

● Critica filozofică în sens kantian, definită ca demers fundamental, premergător oricărei construcții teoretice, avînd menirea să dezvăluie limitele și valoarea structurilor cognitive ale subiectului epistemic, trasînd astfel granițele care despart cunoașterea autentică de aventurile nesăbuite ale spiritului în teritorii ce-i sînt principial interzise. Generalizînd metoda critică epistemologică, în „Critica rațiunii pure" (1781), KANT analizează temeiurile și limitele conștiinței morale, în „Critica rațiunii practice" (1788) și ale facultății estetice, în „Critica puterii de judecare" (1790).

● Critica de artă aspiră să dezvăluie specificul și valoarea operelor artistice, în conformitate cu normele specifice fiecărui domeniu estetic, configurînd o ierarhie — relativă și dinamică — a valorilor artistice.

● Critica social-politică vizează limitele istorice, contradicțiile, disfuncționalitățile, simptomele de criză și aspectele inechitabile ale unei organizări sociale date, enunțînd astfel premisele concepțiilor programatice de transformare revoluționară a societății.

În afară de aceste forme de critică teoretică, prin sensul cu care funcționează, în limbajul comun critica reprezintă dezvăluirea defectelor și neajunsurilor.

742. CRITICĂ ÎN PSIHIATRIE ● Considerată ca facultate a individului de a nu accepta fără control ideile care îi sînt prezentate (A. POROT), de a cenzura orice informație pe care o primește din exterior, critica este unul din punctele esențiale în care sistemul relațional al individului se distorsionează în raport cu realitatea.

Lipsa perspectivei critice nu este specifică numai stărilor deficitare, așa cum se considera în mod clasic, fiind evidentă și în demențe sau oligofrenii, unde ia aspectul brutal al tulburărilor de gîndire, ca rezultat al deficitului operațional-logic. Caracteristică a stărilor halucinator-delirante, absența criticii constituie elementul de definire a tulburărilor perceptive (halucinațiile), și a celor de gîndire (idei delirante). Aceste stări sînt deosebit de rezistente la critica externă, aspect ce indică instituirea unui „bloc ideo-afectiv", a cărui unitate este scindabilă numai după ameliorarea tulburărilor psihopatologice. Paranoia poate fi considerată o „boală a simțului critic", care pare crescut față de ideile și faptele ce contravin sistemului delirant, dar este prăbușit față de propriile idei, oricît de absurde ar fi acestea. Faptul că

Scanned with OKEN Scanner

psihozele afective modifică profund simțul critic vine în sprijinul aserțiunii că „gîndim așa cum simțim" (PAMFIL, 1986). Culpabilitatea, ruina, negarea depresivului sau, la polul opus, megalomania și expansivitatea maniacalului, denotă aceeași tulburare (dar cu polaritate diferită) a simțului critic. Anxietatea și fobiile pot fi definite ca frici în care simțul critic este absent. Ideile hipocondriace intră în aceeași categorie de tulburări ale criticii, în care, în ciuda oricăror dovezi și a probei timpului, subiectul își afirmă în continuare boala. Atitudinea critică față de ansamblul normelor sociale, față de interrelațiile firești, care trebuie să caracterizeze raportul dintre indivizi, este absentă sau mult diminuată în cazul toxicomaniilor și al unora dintre dizarmoniile de personalitate (fapt subliniat de clasicii psihiatriei, care considerau acest comportament ca „imbecilitate morală").

Tulburările criticii sînt implicate ca fenomen psihopatologic și din perspectiva așa-numitei „critici a bolii", considerată uneori ca un semn important sau o graniță de gravitate. Psihoticul, dementul, deficitarul nu au conștiința critică a bolii lor, în timp ce patologia nevrotică prezintă o conștiință critică exagerată în acest sens. Deși nuanțate și deosebit de laborioase, opiniile formulate în legătură cu „critica bolii" nu pot aborda într-un mod tranșant această problemă, care prezintă, după POROT, „o importanță majoră pentru patologia mintală".

Un ultim domeniu pe care „psihopatologia criticii" îl poate lua în discuție, este acela al modului particular de a aborda o anumită sferă de probleme ale cunoașterii : mentalitatea primitivă, credința în forțe care acționează în afara oricăror posibilități raționale de percepere a fenomenului, comportamentul imitativ, credulitatea sînt, deși se desfășoară în sfera largă a normalului, evidente tulburări ale criticii, deschizînd poarta către patologic.

743. **CRIZĂ** (cf. gr. *krisis* „distingere, alegere, decizie") ● Polisemantismul cuvîntului *criză* este el însuși de natură etimologică : în limba greacă veche, „krisis" a însemnat inițial a separa, a trece prin sită, a examina cu minuțiozitate, iar apoi a judeca, a decide. Cu valoare terminologică medicală apare în textele hipocratice, referindu-se la echipotențialitate în evoluția unei boli ; cu timpul, și-a asumat sensul de manifestare acută, de paroxism, de acces. Termenul are și sensul de ruptură, de răsturnare a unei situații în sens negativ, de pericol sau conflict.

Sub influența școlii anglo-saxone, noțiunea de criză a căpătat în psihiatrie noi semnificații, figurînd ca un mecanism major din punct de vedere al interpretării dinamicii bolii. Criza s-ar defini, după unii autori, ca imposibilitate de acționare atunci cînd există această necesitate (CAPLAN). ANDREOLI definește criza ca o situație convulsivă, în care esența unui conflict, uneori interior și interpersonal, este deja dezvăluită. După MASON, criza survine în situațiile de stress psihic, atunci cînd individul sau familia și-au epuizat resursele și capacitățile de adaptare la o situație nouă. RABKIN, analizînd elementele care determină impactul unui stress asupra individului, le subliniază pe următoarele : dimensiunea evenimentului, resursele personale, natura sistemului sociofamilial capabil să ofere un sprijin în timpul crizei. Criza are o dinamică pe care unii autori au încercat să o stadializeze : creșterea tensiunii și disconfortului pe măsură ce răspunsurile obișnuite la stress rămîn fără rezultat ; apariția tensiunii și anxietății ca urmare a eșecurilor în tentativa de rezolvare a crizei ; schimbarea scopului mecanismelor adaptative, care nu se mai adresează crizei, ci urmărilor ei (anxietate, disconfort) ; dezorganizări majore, cu destructurarea sentimentului de identitate a individului și creșterea numărului de răspunsuri funcționale. Încercările de clasificare a tipurilor de criză sînt deosebit de numeroase și sînt în legătură fie cu cauzele crizelor, fie cu manifestările crizei. În linii mari, clasificarea etiologică disociază crizele determinate de un traumatism fizic sau psihic și crizele legate de diferitele faze ale ciclului vital (naștere, copilărie, pubertate, adolescență, evoluția unor boli cronice, moarte). A. HAYNAL și D. SAMITCA afirmă că din punct de vedere al psihanalizei, criza decurge dintr-o schimbare economică negativă, din pierderea unei persoane sau a unei imagini ideale a Eului. Criza apare cînd obiectul se sustrage subiectului sau cînd între idealul Eului și Eu apare un conflict.

744. **CRIZĂ ADDISONIANĂ** — sin. INSUFICIENȚĂ CORTICOSUPRARENALĂ ACUTĂ ● Fază evolutivă a bolii, datorată de cele mai multe ori, fie deficiențelor de regim alimentar sau celor survenite în tratamentul cortizonic pe care-l urmează pacientul, fie unei situații care îi agresionează organismul (infecție, traumatism, intervenție chirurgicală etc.). „Aura" constă din creșterea iritabilității și a anxietății, ajungîndu-se la crize de panică ce degenerează în sindroame confuzionale, halucinații, fragmente delirante, stupor și chiar crize convulsive (pe fondul colapsului). Psihoze de tip schizofreniform, afectiv sau paranoiform sînt mult

mai rare. De menționat sensibilitatea deosebită pe care acești subiecți o manifestă față de hipnotice, în special cele de tip barbituric.

745. **CRIZĂ AKINETICĂ DOOSE** — sin. CRIZĂ AMIOSTATICĂ; CRIZA STATICĂ sin. → PETIT MAL AKINETIC.

746. **CRIZA CELEI DE A TREIA ZI** sin. → LAZORTHES[S] sindrom.

747. **CRIZE ECLAIRE (CRIZE FULGER); CRIZE PROPULSIVE CRIZE SURSAUT (CRIZE DE TRESĂRIRE)**
— sin. BLITZKRAMPF; BLITZNICK; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE; GIBBS[B] boală; HIPSARITMIE; MASSIVE MYOCLONIC JERKS; NICKKRÄMPFE; PETIT MAL PROPULSIVE; SPASM INFANTIL; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND); TICURI DE TIP SALAAM sin. → WEST[S] sindrom.

748. **CRIZĂ EPILEPTICĂ** ● Paroxism polisimptomatic, constînd din tulburări motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice, care exprimă o tulburare centrală pasageră cu debut și sfîrșit brusc, desfășurare stereotipă, remisie spontană, manifestînd o remarcabilă tendință la repetare. Criza (accesul, convulsia) epileptică descrisă clasic se referă la forma cea mai dramatică, în descrierile clinice vechi („morbus sacer" al romanilor): criza „grand mal" sau forma generalizată tonico-clonică, cum apare în clasificările actuale (GASTAUT); aceasta asimilează termenul de criză epileptică și alte forme ale bolii, cum sînt episoadele de tip senzorial, psihic etc. (păstrînd caracterele clinice amintite mai sus).

Descrierea unei crize tipice tonico-clonice generalizate (grand mal) include obligatoriu:

- pierderea bruscă a stării de conștiință;
- contractură generalizată (mai mare de 30 secunde), urmată de cădere;
- fenomene motorii de tip tonico-clonic;
- secvența bine stabilită a fazelor.

Următoarele circumstanțe clinice sînt caracteristice bolnavului cu crize epileptice generalizate tonico-clonice:

- nu-și poate povesti criza;
- prezintă leziuni rezultate în urma căderii brutale;
- cîteodată își mușcă limba sau are emisie spontană de urină;
- este confuz sau perplex postcritic.

În rare cazuri, pierderea de conștiință este precedată de manifestări focale, care sînt elemente de cea mai mare importanță pentru diagnosticul de localizare cerebrală:

- secuse musculare localizate;
- amorțirea rapid ascendentă a unei mîini;
- impresia de stranietate, de vis trăit, cu perceperea unor mirosuri neplăcute;
- halucinații vizuale elementare sau complexe.

Stabilirea diagnosticului de criză epileptică presupune escaladarea unor etape care exclud în primul rînd sincopa, cu multiplele sale determinări etiologice, folosind următoarele criterii:

Tabel nr. XLIII

	Criza comițială	*Sincopa*
● momentul apariției	● indiferent (zi, noapte — criza morfeică);	● ziua (extrem de rar noaptea);
● postura	● indiferentă	● ortostatism (doar în sindromul Adam-Stokes poate apare și în clinostatism);
● debutul	● brusc, rapid	● lent, progresiv;
● aura	● uneori prezentă	● totdeauna absentă
● aspectul tegumentelor în criza prezentă	● nemodificat	● intensă paloare
● „stigmate" ale crizelor	● frecvent	● excepțional de rar
● convulsii tonico-clonice	● caracteristice	● absente
● durata crizei	● mai lungă	● scurtă

Scanned with OKEN Scanner

Tabel. nr. XLIII (continuare)

	Criza comițială	Sincopa
• incontinență urinară cu emisie spontană	• frecventă	• foarte rară
• stare postcritică	• alterată (cefalee, somnolență, tulburări de conștiință)	• nealterată (rareori astenie)
• EEG intercritic	• specific în 80% din cazuri	• normal

Manifestările critice în epilepsie sînt clasificate în :

- Crize localizate :
  - cu simptomatologie elementară :
    - — crize localizate cu simptomatologie motorie : crize jacksoniene, adversive, parțiale, continue (sindrom Kojevnikov), posturale, somatoinhibitorii, afazice, fonatorii ;
    - — cu simptomatologie senzitivă sau senzorială : crize somato-senzitive, vizuale, auditive, olfactive, gustative, vertiginoase ;
    - — cu simptomatologie vegetativă ;
  - cu simptomatologie complexă :
    - — crize limitate ;
    - — crize cu simptomatologie psihică : tulburări de memorie, stările de vis (dreamy state), rememorări paroxistice, crize ideatorii, instinctivo-afective, psiho-senzoriale (crizele cu iluzii, crizele cu halucinații), crize psihomotorii (automatismele) ;
    - — formele combinate.
- Crize generalizate :
  - neconvulsivante (petit mal) :
    - — absența ;
    - — crize petit mal mioclonic ;
    - — crize petit mal akinetic ;
    - — status petit mal ;
  - convulsivante (grand mal).
- Alte forme :
  - crize de grand mal din somn ;
  - starea de rău epileptic ;
  - pavor nocturn ;
  - somnambulism.

749. **CRIZĂ (de) NERVI** • Termen introdus de BERNHEIM (1913) pentru a deosebi marile crize isterice („isteria de cultură") de crizele isterice obișnuite (forme minore), isteria vulgară nevropatică sau isteroidă (EY). Crizele de nervi ar fi mai imediat motivate și mai puțin misterioase în desfășurare decît actul pantomimic. Faza prodromală este numai schițată, manifestîndu-se fie printr-o dispoziție psihică particulară, „enervare", „exasperare", fie printr-o proastă stare somatică (sufocări, strangulări, tulburări de mers și echilibru sau coordonare). Derularea crizei este mult mai scurtă și finalizează de obicei printr-o explozie de lacrimi. Agitația minoră cu tremor, senzația de spasme sau constricții diverse, de sincopă iminentă (care desigur nu se produce niciodată), caracterizează în linii mari acest tablou de un banal dramatism.

750. **CRIZĂ (de) ORIGINALITATE JUVENILĂ** • Termen descris de DEBESSE, desemnînd o fază evolutivă a adolescenței, în care subiectul încearcă să-și afirme personalitatea într-un mod ostentativ, în opoziție cu normele sociale.

751. **CRIZĂ SUICIDARĂ** • Perioada critică ce precedă îndeaproape actul suicidar. A fost studiată de către o serie de autori, care i-au descris o serie de caractere comune, desemnate de RINGEL sub numele de „sindrom presuicidar". La originea acestei faze critice stau cel mai adesea conflicte irezolvabile pentru subiect, care îl conduc la pierderea intereselor sociale, profesionale și familiale. Din punct de vedere fenomenologic, se întîlnesc, după QUIDU, următoarele elemente :

- suspendarea timpului trăit ;
- restrîngerea spațiului vital, cu ruperea progresivă a legăturilor sociale ;
- retragerea în sine și autodevalorizarea ;
- fantasmarea distrugerii.

752. **CRIZĂ UNCINATĂ** • Tulburare paroxistică a conștiinței din epilepsia temporală, avînd un conținut psihosenzorial, cognitiv și/sau afectiv. Halucinațiile olfactive sînt de cele mai multe ori neplăcute, fie ele simple (un singur tip de miros), fie complexe (mirosuri de alimente etc.) și sînt considerate patognomomice

pentru originea hipocampică (uncusul) a leziunii (PENFIELD, JASPERS, 1958 ; ARSENI și colaboratorii, 1974). Halucinațiile gustative (substanțe acide, neplăcute — sînge, puroi etc.) se asociază celor olfactive și indică aceeași localizare (PENFIELD, 1959, 1969 ; POPOVICIU și ARSENI, 1984). Tulburările de tip dismnezic sau paramnezic sînt reunite și cunoscute sub numele de „dreamy state" (stare de vis), propus de PENFIELD și JASPERS (1954), și constau din proiectarea bolnavului în afara conștiinței proprii, într-o lume stranie, ireală, bizară, care-i generează o puternică stare de anxietate. Alteori, lumea i se pare familiară, avînd sentimente de „déjà vu", „déjà entendu", „déjà fait", „déjà accompli", „déjà vecu" — toate persoanele și obiectele din jur părînd cunoscute bolnavului pentru o durată de cîteva secunde (rareori minute). Invers, totul poate deveni înstrăinat, inedit, pacientul avînd sentimentul de „jamais fait", „jamais accompli", „jamais vecu", „jamais entendu", „jamais vu". Uneori „trăirea onirică" este fondul dominant al tulburării de conștiință, granițele între real și imaginar fiind greu de definit.

753. **CROMATICE**(H) *halucinații* (cf. gr. *chroma* „culoare") ● Halucinații vizuale, complexe sau scenice, care apar viu colorate. Astfel sînt halucinațiile vizuale din sindromul Clarles-Bonet (cu aspect figurat, viu colorate), în sindromul halucinator al delirului oniric, paranoid, în halucinoza Lhermitte.

754. **CROMATOFOBIE**(F) (cf. gr. *chroma* ; *phobos* „frică") ● Teamă nemotivată de culori (obiecte colorate), în totalitatea lor sau selective (pentru anumite culori). Se întîlnește în nevroze obsesive, fobice, psihastenie, dar mai ales în schizofrenie, în care culorile pot căpăta semnificații deosebite, magice.

755. **CROMEDAZINE**(M) S.U.A. — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

756. **CROMESTEZIE** (cf. gr. *chroma* ; *aisthesis* „senzație") ● Simțul cromatic, capacitatea de a percepe culorile.

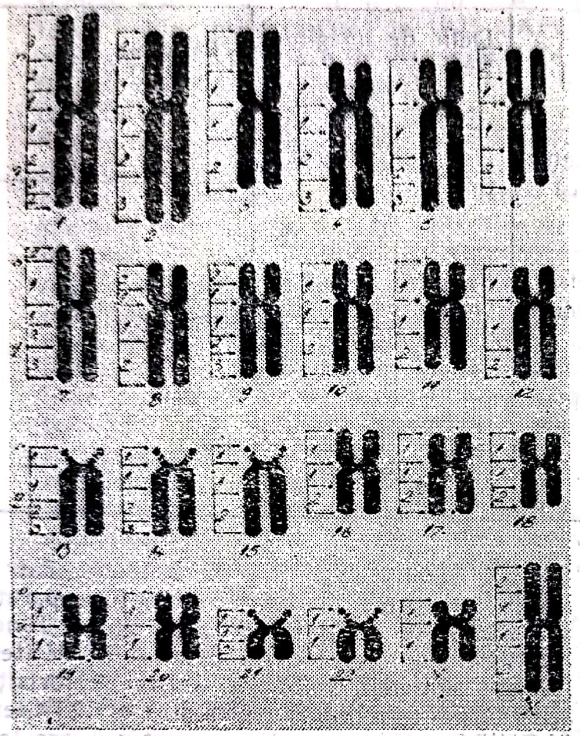
757. **CROMOFINOM** (cf. gr. *chroma* ; *fyo* „a naște, a crește") — sin. HIPERNEFRON MEDULAR ; PARAGANGLION sin. → FEOCROMOCITOM.

758. **CROMOFOTOTERAPIE** (cf. gr. *chroma*; *phos* „lumină" ; *therapeia* „îngrijire") ● Metodă terapeutică constînd din utilizarea anumitor radiații de lumină colorată, a anumitor părți ale spectrului solar. Principiul metodei se bazează pe efectul de sedare, calmare, sau, dimpotrivă, de producere a neliniștii, agitației, pe care anumite culori îl au. Această metodă, tentant de utilizat în nevroze, este folosită cu mai mult succes în crearea unei ambianțe terapeutice, decît în tratamentul psihoterapic propriu-zis.

759. **CROMOZOM** (cf. gr. *chroma* ; *soma* „corp") ● Corpuscul filiform cu sediul în nucleul celular, constituit din acid dezoxiribonucleic și histone, ca substanțe specifice. Acidul dezoxiribonucleic este organizat în dublu helix, la care se află genele, așezate cap la cap. Menținerea poziției de dublu helix se realizează cu ajutorul proteinelor (histone), care însă nu intervin în transmiterea genetică. Din punct de vedere genetic, cromozomul reprezintă un grup ligatural de gene (grup linkat). Cromozomii sînt clar vizibili în fazele diviziunii celulare. Probele morfologice, biochimice și genetice demonstrează identitatea cromozomilor cu purtătorii materialului ereditar. Morfologia și numărul cromozomilor variază cu specia. În general, toate celulele unui organism și ale organismului de aceeași specie au același număr de cromozomi, denumit număr somatic. La om, numărul de cromozomi este de 46. Celulele somatice au un număr diploid de cromozomi (23 perechi), iar gameții au un singur set, sînt haploizi, deci au numai 23 de cromozomi, dintre care 22 autosomi și un cromozom sexual (X în ovul, X sau Y în spermatozoid). În procesul de fecundație, prin unirea celor doi gameți se reface numărul de cromozomi caracteristic speciei. În timpul diviziunii celulare, între cromozomi poate avea loc un schimb de material genetic, numit crossing-over, ceea ce contribuie în mare măsură la heterogenitatea genetică. Pe de altă parte, genele plasate pe același cromozom se transmit la descendenți în bloc, ceea ce constituie fenomenul de linkage.

Unități genomice modificabile prin mutații sau recombinări genetice, cromozomii umani variază morfologic la persoane genotipic normale. Morfologic, cromozomii prezintă două perechi de brațe (cromatide), care se unesc la nivelul centromerului. Perechile de cromozomi au

fost clasificate după un sistem standard (Conferința de la Denver, 1960), în funcție de lungimea brațelor și poziția centromerului. Analiza numerică și structurală a cromozomilor constituie cariotipul.



Morfologia cromozomială

760. **CRONIC** (fr. *chronique* ; cf. gr. *chronos* „timp") • Evoluția naturală îndelungată a unei boli, sindrom sau simptom ; nu se poate preciza însă cu exactitate o graniță temporală în raport cu evoluția acută, care este totdeuna mai scurtă. După EY, evoluția cronică a unei boli psihice presupune continuitatea simptomelor în timp și afectarea durabilă a activității psihice. Noțiunea nu precizează nici intensitatea simptomelor, nici caracterul lor ireversibil. În ordinea gravității afectării funcțiilor psihice, în categoria bolilor psihice cronice sînt incluse (după același autor) : nevrozele, psihozele delirante cronice, schizofreniile, oligofreniile și demențele. Tratamentul psihotrop modern a modificat mult evoluția acestor afecțiuni, deseori persistînd numai riscul potențial al cronicizării, în urma unui tratament incorect efectuat. Alteori, se cronicizează numai anumite simptome din tabloul psihopatologic, fiecare afecțiune avînd particularitățile sale evolutive.

761. **CRONIC**[D] *delir* • Concept nosografic dezvoltat mai ales de școala franceză, avînd la bază, alături de aspectul clinic, pe cel evolutiv, care caută să grupeze o serie de entități cu următoarele caractere comune : „debutul la vîrsta adultă, evoluția cronică fără deficit de tip schizofrenic a personalității" (GINTESTET, CHEVALIER).

Istoria frămîntată a acestui concept are un punct de referință important în descrierea din 1854 a lui LASÈGUE și FALRET a „delirului cronic cu evoluție progresivă". Evoluția acestor delirуri era concepută ca fazică : perioada de analiză subiectivă, perioada halucinatorie (de explicare a stării), perioada de transformare a personalității (megalomania), perioada de menținere (foarte tardivă) — BAULT. LANTERI-LAURA consideră că acesta a fost momentul unei „resurecții clandestine a monomaniilor". Recunoscînd importanța acestor entități pentru gîndirea psihiatrică, trebuie remarcat faptul că în realitatea clinică pe care ele o îmbracă, indiferent de denumirea ce i se dă, limitele între delirurile cronice și cele schizofrenice sînt, în unele cazuri (ca în parafrenie sau în psihozele halucinatorii cronice), aproape imperceptibile. Unele școli de psihiatrie, cum este cea americană, clasifică marea majoritate a delirurilor în categoria schizofreniilor, rezervînd termenul de boli paranoide numai pentru delirurile sistematizate nehalucinatorii. Această evoluție la care aderă și FOVILLE nu corespunde tuturor delirurilor cronice, iar posibilele interferențe cu schizofrenia sînt evidente. Nici contribuția lui MAGNAN, care vorbește despre „delirуri cronice cu evoluție sistematică" (1892), nu reușește să stabilească un cadru adecvat. Folosind același criteriu, cel evolutiv, școala germană va separa, prin KRAEPELIN și BLEULER, la începutul secolului al XX-lea, afecțiunile cu evoluție deficitară (grupa schizofreniilor) de psihoza maniaco-depresivă, paranoia și parafrenia. Un ultim pas în fundamentarea delirurilor cronice îl fac tot psihiatrii francezi, care subîmpart delirurile cronice după mecanismele „prevalente" ce stau la baza lor : interpretarea, imaginația, halucinația și automatismul mintal (SERIEUX, CAPGRAS, BALLET, DUPRÉ, LOGRE, CLÉRAMBAULT).

H. EY face o încercare de excepțională valoare conceptuală în prezentarea unui model complet, care să pornească de la „masa naturală a delirurilor", către o viziune nosologică :

Tabel nr. XLIV

Masa delirurilor	Secolul XIX	Kraepelin	Şcoala franceză	Orientări actuale
Delir fantastic fără dezintegrare 1	Monomanie 5	Paranoia 9	Delir de imaginaţie 13	Paranoia 15
Delir sistematic 2		Parafrenia sistematică şi fantastică 8	Delir de interpretare 12	
Delir cu dezintegrare 3	Delir cronic evolutiv 4	Parafrenia confabulatorie şi expansivă 7	Psihoze halucinatorii cronice 11	Schizofrenia 14
		Forme paranoide ale demenţei precoce 6	Schizofrenia 10	

762. **CRONICITATE** (cf. gr. *chronos* „timp") • Pierderea capacităţii unui bolnav de a-şi conduce viaţa în mod autonom, cu necesitatea consecutivă a supravegherii sale medicale continue şi a unor tratamente de întreţinere. BOUCHUT (1857) apreciază drept unic criteriu al cronicităţii durata bolii (peste 42 zile), probabil într-o aceeaşi viziune simplificatoare în care HIPPOCRAT considera că bolile acute se vindecă pînă în ziua a 14-a de evoluţie (MAUREL, CHAMINADE). BONNAFÉ, cu un secol mai tîrziu, vorbeşte însă despre necesitatea tratamentului de susţinere în cazul bolnavului cronic şi are meritul de a nu identifica cronicitatea cu incurabilitatea.

Cronicitatea constituia elementul definitoriu al bolnavului psihic (chiar înainte ca ea să fi fost definită) în perioada prenosologică a psihiatriei. În mesajele sale adresate parlamentului, Maria de MEDICI (1612) recomandă „închiderea sărmanilor" bolnavi incurabili în „casa milei" (binecunoscutul substantiv „pitié" însemnînd însă şi „sentiment de dispreţ, desconsiderare"). Edictul lui LUDOVIC al XIV-lea, din 1656, confirmă înfiinţarea „Spitalului General" (ce cuprindea „La grande pitié" şi „La petite pitié", Sainte-Pélagie, Bicêtre „Micul Arsenal", numit şi La Salpêtrière şi alte stabilimente azilare) în care urmau să fie „depozitaţi" şase mii de bolnavi cronici suferinzi de diferite afecţiuni, ceea ce reprezenta probabil 1% din populaţia Parisului (Le GUILLANT, BONNAFÉ, MIGNOT, 1964). Patru ani după acest edict bolnavii psihici sînt separaţi în subsolurile de la Bicêtre, cei agitaţi fiind izolaţi în 44 de boxe ale Spitalului Petites Maisons întrucît tulburau liniştea celorlalţi azilari. Spre mijlocul secolului al XIX-lea ESQUIROL (1838) deplîngea statutul acestei specii de bolnavi citînd un istoric care vorbea de „prizonierii de la Charenton" (MERCIER, 1788) cu cinci ani înaintea revoluţiei lui PINEL.

Caracteristică evidentă şi naturală a unei întregi categorii de boli — generic şi depreciativ „nebunie" — incurabilitatea lor profundă (pînă la urmă numită „cronicitate") a devenit secole de-a rîndul dogmă a condiţiei azilare, adevărat factor de regres terapeutic şi stagnare a cunoaşterii lor ştiinţifice. ESQUIROL vorbeşte de „convalescenţi" psihici şi de „vindecarea imperfectă", la trei decenii după ce PINEL (1809) reflecta asupra „principiilor umanităţii" necesare „alienaţilor" nu numai pentru „reprimarea" tulburărilor lor de comportament, ci şi pentru protejarea acestora de opinia publică defavorabilă. Aşa cum arată Le GUILLANT şi colab., revoluţia pineliană, care renunţă la identificarea cronicităţii cu condiţia azilară afirmă principii care rămîn valabile şi pentru gîndirea psihiatrică actuală: instituţia psihiatrică ca instrument de vindecare, nocivitatea unor factori de mediu sociofamilial, valoarea nosografiei pentru aplicarea tratamentului specific. Psihiatria contemporană aplică

măsuri teogenetice și profilactice complexe (biologice, psihoterapeutice, de integrare socio-profesională și familială) în cadrul unor unități cu profil diferențiat (spital, unități semiambulatorii și ambulatorii) tocmai în scopul reducerii și modificării caracterului de cronicitate al evoluției bolilor psihice. Dacă în 1925 CAPGRAS constată cu surprindere (la dispensarul de profilaxie mintală Henri-Rousselle, unde lucra) capacitatea unor „deliranți cronici" de a trăi liberi în societate fără a-i compromite ordinea publică și securitatea persoanelor, venind singuri la consultații periodice, astăzi tratamentele de întreținere cu neuroleptice depozit în condițiile dispensarizării sînt un fapt obișnuit. Conținutul noțiunii de cronicitate s-a schimbat radical de la dogma evului mediu la etapa contemporană odată cu cea de a doua (introducerea neurolepticelor) și a treia revoluție psihiatrică (cura de întreținere ambulatorie) și în care se depun pretutindeni eforturi susținute pentru diversificarea măsurilor de recuperare a bolnavului schizofren, afectiv, dizarmonic, nevrotic. Terapiile cognitive în schizofrenie și depresii, tratamentele de întreținere cu săruri de litiu și neuroleptice depozit, recuperarea combinată prin mijloace ergoterapice, psihoterapice de grup, socioterapice realizează astăzi o profilaxie terțiară eficientă. Se delimitează astăzi disfuncții sociale cronice prin boală psihică, componente care se succedă sau întrepătrund în evoluția bolii: disfuncția „psihopatologică", urmare directă simptomatologiei psihotice specifice și consecința acesteia, „sindromul declinului social" (breakdown syndrom), ci dezadaptare socială marcată, care ar afecta cu durată mai mare de un an 10% din psihotici (1980, GRUENBERG). Realitatea clinică a noțiunii de cronicitate a devenit astfel mult mai nuanțată, prin cunoașterea evoluției stadiale a bolilor și a prognosticului, permițînd un mare număr de proceduri terapeutice menite să-i asigure o continuă ameliorare.

763. **CRONIL**[M] Italia — DCI *Ectilureea* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etil-crotonil)ureea, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și în medicina psihosomatică. Efectele secundare sînt practic absente; are o bună toleranță.

764. **CRONOAGNOZIE DINAMICĂ** (cf. gr. *chronos* „timp"; *a-*; *gnosis* „cunoaștere") ● Tulburare specifică schizofreniei, descrisă de psihiatrul sovietic A. SOGAM (1965), constînd în incapacitatea subiectului de a aprecia ritmul propriilor acțiuni. Această tulburare nu este în legătură cu dezvoltarea afectivă (așa cum se întîmplă în manie sau în depresie) și nici cu numărul de greșeli făcute (așa cum se întîmplă în sindroamele organice, în care percepția subiectivă a timpului este legată direct de numărul de greșeli pe care subiectul le face în executarea acțiunii). Această tulburare, la fel de neobișnuită ca și restul simptomelor schizofrenice, poate fi pusă relativ ușor în evidență.

765. **CRONOATAXIE** (cf. gr. *chronos*; ataxia „dezordine, confuzie") — sin. ATAXIA TIMPULUI ● Pierderea sentimentului scurgerii timpului. Se observă în talamotomie, în sindroamele confuzionale și confuzo-onirice, cele mai „spectaculare" fiind cele induse de halucinogene, sindromul Korsakov. Subiectul nu mai are conștiința duratei, neputînd să facă aprecieri asupra dimensiunilor temporale, trăiește numai în prezent, trecutul și viitorul neputînd fi proiectate în plan subiectiv, datorită bulversării memoriei, atenției, gîndirii logice.

766. **CRONOFOBIE**[F] (cf. gr. *chronos*; *phobos* „frică") ● Teama intensă, trăită dureros și parțial lucid, față de trecerea timpului. Se întîlnește în nevroza obsesivă, fobică, anxioasă, la personalități psihastenice. La bătrîni devine justificată și inteligibilă. Este semn (mai ales la femei) de hipertrofie a Eului narcisiac. Nu este întru totul identică cu „semnul urgenței" sub care unele personalități accentuate își pun întreaga activitate.

767. **CRONOGENEZĂ** (cf. gr. *chronos*; *genesis* „naștere") ● Capacitatea ființei umane de a percepe timpul și de a constitui conceptual ideea de temporalitate; este de interes direct pentru psihiatrie, dar și pentru alte științe: etnografie, etnologie, lingvistică. Cronogeneza, intuiția timpului, a preocupat un șir lung de gînditori, începînd cu KANT, FICHTE, HEGEL și SCHOPENHAUER și continuînd cu SPENCER și, mai ales, cu BERGSON. Fenomenologia, prin HUSSERL, MINKOWSKI, BINSWANGER, MERLEAU-PONTY și, mai nou, TATOSSIAN dar și unele curente de psihiatrie, au pus în evidență raportul timp-conștiință, devenirea ca experiență.

Pentru nou-născuți, prima „percepție" temporală se realizează prin așteptare. Ritmarea meselor în funcție de foame și satisfacerea nevoii de hrană creează prima interferare a ritmului biologic cu ritmul lumii. După aceasta apare și ritmul nictemeral. Apariția la trei luni a zîmbetului, ca răspuns la vederea feței adultului, presupune schițarea unei memorii.

Scanned with OKEN Scanner

Din luna a șasea, copilul este capabil de conduite care se repetă sau nu, în funcție de eșec sau reușită. După opt luni, copilul își recunoaște mama, o așteaptă pînă revine, refuzînd contactul cu persoane străine. Se integrează astfel, mintal pentru prima oară, legătura timp-memorie. Creșterea orizontului spațial și cucerirea treptată a spațiului din afara leagănului, prin încercările de deplasare, fac posibilă integrarea senzorială a acțiunii. Apariția limbajului la 15—18 luni, învățarea interdicției și stăpînirea tot mai sigură a acesteia, conduce la începutul stăpînirii temporalității, a ordonării în realitatea pînă atunci dezordonată sub aspect cronologic. Formarea limbajului conduce la ideea de succesiune. În povestiri apare mai întîi viitorul, apoi trecutul. Către al patrulea an de viață, încep să fie stăpînite unele noțiuni de timp social, iar în anul următor organizarea zilelor în raport cu viitorul, prezentul și trecutul. Povestirile apar organizate în raport cu axa timpului. La 7 ani, copilul capătă noțiunea de măsurare a timpului cu ceasul și de egalitate a orelor. La 9 ani controlează trăsăturile principale legate de timp, fără a percepe însă timpul ca o abstracție. Adolescența este perioada în care stăpînirea noțiunii abstracte a temporalității devine posibilă.

768. CRONOPATOLOGIE (cf. gr. *chronos* ; *pathos* „experiență" ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Capitol nou al medicinii, care studiază dereglarea proceselor bioritmice ale organismului. Deoarece un fenomen bioritmic se poate caracteriza prin periodicitate, amplitudine și armonizare cu alte bioritmuri, tulburările pot fi clasificate în :

- tulburări ale periodicității ; dispariția, accelerarea, încetinirea sau alterarea regularității ritmului (disritmie) ;
- tulburări ale amplitudinii : creșterea sau scăderea ei ;
- defazarea bioritmurilor, determinînd decalaje între ele, cu păstrarea periodicității și amplitudinii.

De obicei se întîlnește un amestec al celor trei tipuri de dereglări, în diferite proporții. Tulburările de ritm cardiac sînt cele mai frecvent observate în clinică. Bioritmurile hormonale și tulburările lor constituie, în prezent, un capitol mai bine explorat al cronopatologiei. O ritmicitate proprie s-a observat în psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie, epilepsie, insomnii și hipersomnii.

769. CROOKSHANK(S) *sindrom* ● Formă de mongolism, caracterizată printr-o displazie specială (pliu de flexie palmar unic, cu degete în furcă) însoțită de manifestări psihice similare cu cele ale bolii Langdon-Down.

770. CROUSON(B) *boală* — sin. DISOSTOZĂ CRANIO-FACIALĂ EREDITARĂ ● Tablou clinic caracterizat de un *„plurium degenerativ"*, interesînd în special conținutul și conținătorul extremității cefalice : deformarea craniului și a faciesului, atingeri ale nervilor cranieni I, II, VII, VIII, însoțite de hidrocefalie, epilepsie și debilitate mintală pronunțată. Etiologia este neelucidată.

771. CRYSTOSERPINE(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

772. C-TRAN(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

773. CUADEL(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

774. CUAIT D (MC) Brazilia ● Produs terapeutic conținînd trei medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează :

- TRANYLCIPROMIN(M) — timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic (IMAO) ;
- TRIFLUOPERAZIN(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- DIAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Acțiune antidepresiv-sedativ-anxiolitică.

775. CUANTIFICARE (fr. *quantifier, quantification*) ● Operație importantă în metodologia științei, constînd în introducerea determinațiilor cantitative în definirea și exprimarea conceptelor științifice. Prin cuantificare, studiul calitativ al fenomenelor dobîndește un plus considerabil de precizie și vigoare ; calculul numeric al informațiilor empirice, posibil prin stabilirea unor corespondențe funcționale între gradele diferitelor proprie-

Scanned with OKEN Scanner

tăți investigate și numere, permite o descriere exactă a faptelor supuse observației, formularea unor ipoteze clare și verificarea lor riguroasă prin intermediul experimentului modern.

În logică, termenul desemnează operația de determinare cantitativă a domeniului de obiecte la care se referă expresiile proporționale, prin intermediul unor operatori numiți cuantori-universal (care indică faptul că un predicat se afirmă ori se neagă despre toți indivizii unei clase de obiecte) sau existențial (care indică faptul că există cel puțin un obiect din clasa respectivă căruia i se atribuie ori i se neagă un anumit predicat).

776. **CUBURI**(T) *test* —sin.→ KOHS(T) *test*.

777. **CUIB GOL**(S) *sindrom* (engl. *empty nest*) ● Situație cu care femeia este confruntată odată cu îndepărtarea copiilor care își formează propriile lor familii. Descrisă mai ales de autorii anglo-saxoni (deoarece în societatea americană această situație este mai pregnantă); golirea casei, decăderea din rolul deosebit, de mamă, fac ca timpul femeii să pară el însuși golit de sens (GANGALOS-CAILLARD). Convergența altor factori stressanți, cum ar fi riscul mai crescut de boală și moarte al părinților și rudelor, datorat îmbătrînirii, scăderea contactelor sociale, dezinvestirea sexuală a lumii, menopauza, pot agrava evenimentele pînă la dimensiuni psihologice catastrofale. Patologia reactivă și suicidul sînt tulburările psihice cele mai frecvente ale acestei vîrste.

778. **CULLEN William** (1710—1790) ● Medic englez de numele căruia se leagă introducerea limbii engleze în locul celei latine în universități (1755—1756), ca și introducerea termenului de nevroză (1776), prin care înțelegea un „complex de afecțiuni ale sentimentului și mișcării, fără febră și fără leziuni descoperite ale organelor". În 1785 lucrarea sa privind clasificarea bolilor va fi tradusă în franceză, iar în 1800 PINEL o va recunoaște ca sursă de inspirație pentru „nosografia filozofică".

779. **CULPABILITATE**(D) *delir* (fr. *culpabilité* ; cf. lat. *culpa* „vine") — sin. AUTOACUZARE(D) *delir* → AUTOACUZARE.

780. **CULPABILITATE** — *sentiment* (fr. *culpabilité*) — sin. VINOVĂȚIE ● Situație în care un individ recunoaște săvîrșirea unei greșeli, a unei abateri de la o lege, de la o datorie, se recunoaște deci vinovat, acest fapt implicînd uneori fie dorința de a-și remedia greșeala făcută, fie acceptarea penitenței. Individul poate avea însă și sentimentul de a fi greșit, de a se fi abătut de la un nivel moral individual și/sau colectiv, în afara unei greșeli obiective.

În psihopatologie sentimentul de culpabilitate apare în stările depresive, melancoliforme, în cadrul simptomatologiei deteriorante, cînd subiectul își recunoaște vini absolut imaginare, autoacuzîndu-se și autopedepsindu-se (uneori chiar prin autoagresiune, suicid). FREUD și ABRAHAM au tentat o explicație psihanalitică a fenomenului, punînd accentul pe conflictul care apare între Supra Ego și dorințele sexuale, mai ales în faza oedipiană. Culpabilitatea este reală, dar sentimentul patologic de culpabilitate este adesea inconștient. M. POROT descrie „sindromul de culpabilitate al supraviețuitorului" ca formă de culpabilitate inconștientă, resimțită de cei care au supraviețuit dispariției comunității din care făceau parte. Acestui sindrom WIEDERLAN îi atribuie următorul mecanism inconștient de gîndire: „eu trăiesc și ei sînt morți, deci ei au fost sacrificați pentru mine". Sentimentul de culpabilitate trebuie diferențiat de cel de inferioritate, ce are alt mecanism de producere.

781. **CULTURĂ** (lat. *cultura* „cultivare, îngrijire, educare") ● În sens originar — lucrarea pămîntului (agricultură), reprezentînd în esență, transformarea naturii din starea ei primară într-un mediu organizat în concordanță cu cerințele omului, societății. La CICERO și HORAȚIU, termenul dobîndește semnificații noi, cu prelungiri în gîndirea modernă, care dă culturii înțelesul de prefacere, formare și dezvoltare prin educație a facultăților sufletești, desțelenirea darurilor înnăscute ale fiecărui individ și șlefuirea lor pînă la dobîndirea elevanței și rafinamentului spiritual. Acesta este și astăzi sensul cel mai frecvent al culturii în limbajul curent. Sub aspect teoretic, însă, termenul se dovedește polisemic și controversat, primind o mare varietate de semnificații. Într-o lucrare de considerabilă erudiție, „Cultura. O examinare critică a conceptelor și definițiilor", A. KROEBER și C. KLUCKHOHN trec în revistă peste 150 de definiții ale culturii. Sub această diversitate derutantă se întrevăd totuși cîteva semnificații esențiale:

- Totalitatea valorilor spirituale ce alcătuiesc conștiința socială a unui context istoric determinat, ansamblul creațiilor de ordin mitico-religios, filozofic, științific, literar-artistic, ludic etc., prin care o societate își edifică propriul său nivel spiritual, îmbogățind realul și nemijlocirea sa indiferentă cu o lume sui-generis de simboluri și artefacte,

Scanned with OKEN Scanner

în care se întruchipează inventivitatea și creativitatea omului ca subiect căutător de ordine și sens. Definită astfel, cultura se corelează cu civilizația, înțeleasă ca domeniu al achizițiilor materiale prin care societatea modifică și umanizează, cu ajutorul tehnicii, mediul natural.

• Într-o accepțiune mai cuprinzătoare, cultura desemnează totalitatea produselor materiale și spirituale prin care societatea se constituie și se dezvoltă ca strat ontic distinct — lumea omului cu tot ceea ce cuprinde ea, ca rezultat al muncii și creației umane. În fenomenologia culturii — care studiază specificul ontic și structura intimă a fenomenului cultural raportat la întregul ființei — cultura stă în opoziție cu natura: realul nemijlocit, primordial și independent față de intervenția modelatoare a acțiunii conștiente, premeditate a omului. Naturalul se înfățișează într-o dublă ipostază — pe de o parte ca mediu cosmic ce oferă resursele producției materiale, pe de altă parte, ca alcătuire biologică a omului însuși. Cultura înseamnă detașare, prin muncă și creație, de formele primare ale naturii, transformarea mediului natural într-o lume populată de artefacte, supusă din ce în ce mai mult tehnicii, adecvată nevoilor sociale și, în același timp, înălțarea spirituală a omului care, prin progresul culturii accede la natura sa umană, deschizînd și lărgind orizontul unui strat ontic superior, în care firescul se regăsește nu în indiferența virginală a naturii primordiale, ci în pecetea de neșters pe care truda generațiilor o lasă din ce în ce mai adînc în lumea exterioară, ca și în firea lăuntrică a omului.

• În etnologie și morfologia culturii, care pun accentul pe trăsăturile ce particularizează și diferențiază creațiile valorice ale diferitelor comunități umane, privite sincronic, cultura semnifică ansamblul condițiilor de viață, al instituțiilor, moravurilor, obiceiurilor și produselor spirituale, privite din unghiul de vedere al specificității lor inconfundabile ; în acest context, termenul de civilizație este interpretat fie ca un sinonim al culturii, fie ca domeniu al acesteia. În „Declinul occidentului", O. SPENGLER definește civilizația ca stadiu final, de scleroză, senilitate și descompunere a culturii, secătuită de forța creatoare pe planul valorilor spirituale și cristalizată în reproducerea mecanică a bunurilor materiale.

• Filozofia culturii aspiră să depășească neajunsurile disjuncțiilor artificioase între cultură și civilizație, privindu-le ca fațete complementare ale creativității sociale, cultura fiind definită ca totalitatea valorilor create într-un context istoric, pe cînd civilizația se referă la difuzarea și integrarea acestora în modul de viață, în comportamentul și orizontul spiritual al oamenilor din societatea respectivă.

782. **CULTURALISM** (cf. lat. *cultura*) • Curent înscriindu-se în teoriile sociale asupra personalității, care pune accentul pe rolul factorilor de mediu socio-culturali în organizarea psihologică. Culturalismul subliniază presiunea pe care „povara culturală" o are în generarea personalității. O serie de autori care au aderat la acest punct de vedere sînt H.S. SULLIVAN, E. FROMM și K. HORNEY, iar opinii asemănătoare au avut W. REICH și A. ADLER. Respingînd teoria freudistă, culturaliștii găsesc drept sursă a angoasei conflictul primordial care opune Eului constrîngerile culturale. H. S. SULLIVAN descrie o angoasă de bază care este însușită precoce de copil prin empatie. Un alt tip de angoasă este generat de nevroza de securizare din partea anturajului. Pentru a evita dezaprobarea, copilul se va conforma în mod voluntar așteptărilor care există față de el și-și va refula tendințele contrarii normelor culturale, comportîndu-se în așa fel încît să capete înțelegere și susținere. FROMM clasează sursa angoasei la interferența nevoii de independență, opusă celei de aprobare. El afirmă că idealurile de libertate, justiție, adevăr sînt date înnăscute ale omului, ca ființă „înainte de toate socială", și nu „sublimării", așa cum susține freudismul clasic. Agresivitatea este, cel mai adesea, în perspectiva culturalistă, consecința frustrărilor de origine socială. Accentul pe care culturaliștii îl pun pe teoriile unor experiențe frustrante, și nu pe aspectele fantasmatice ale conflictelor, a atras critici vehemente din partea unor antropologi de orientare psihanalistă. Critica cea mai întemeiată pare cea legată de negarea dimensiunii inconștiente a personalității.

783. **CUNILINGUS** cf. lat. *cunnus* „sexul femei" ; *lingere* „a linge") • Perversiune heterosexuală, constînd în obținerea de satisfacții sexuale prin tușeu lingual al clitorisului și labiilor mici. În cazul practicării în condiții de homosexualitate, poartă denumirea de safism.

784. CUNN[s] *semn* ⟶ BENOIT-AMAT[(S)] sindrom.

785. CUNNINGHAM-PINTNER[(T)] *test* ● Baterie de inteligenţă pentru copiii preşcolari, elaborată în 1932 (revizuită în 1947) de către CUNNINGHAM-PINTNER, care cuprinde trei variante (A, B, C), fiecare incluzînd cîte şapte teste referitoare la: identificarea de obiecte comune (animale, plante, etc.); discriminarea şi identificarea de diferite obiecte care se pot asocia; completarea de lacune; reproducerea unui desen după model etc. PINTNER şi PATERSON au elaborat o baterie non-verbală, cu direcţie asemănătoare.

786. CUNOAŞTERE (lat. *cognoscere* „a cunoaşte") ● Formă specific umană de reflectare raţională, proces complex, dinamic şi contradictoriu, prin care individul îşi însuşeşte aparenţa şi accede la esenţa obiectelor, proceselor şi fenomenelor, construind, verificînd şi corectînd modele mintale ale realităţii obiective. Natura contradictorie a realităţii reflectate determină complexitatea şi dinamismul dialectic al cunoaşterii, în care se împletesc, într-o arhitectonică din ce în ce mai elaborată, momente, forme şi procese complementare. Nivelul cunoaşterii perceptive se realizează prin contactul direct, nemijlocit cu realitatea dată, prin senzaţii, percepţii şi reprezentări, ca fenomen sau aparenţă. Operînd cu noţiuni, categorii, judecăţi, raţionamente, construind ipoteze şi sisteme argumentative, cunoaşterea raţională deschide accesul la dezvăluirea treptată a esenţei obiectelor şi fenomenelor reflectate, clarificînd structura şi legităţile obiective prin care sînt posibile existenţa şi devenirea lucrurilor. Discernabile în reflecţia epistemologică şi în studiul psihologic al ontogenezei subiectivităţii, cele două trepte sau niveluri ale cunoaşterii nu sînt niciodată net delimitate, ci interacţionează într-o necesară unitate, variabilă fiind doar ponderea diferitelor acte cognitive în împletirea lor organică. Cunoaşterea este intim asociată cu limbajul, care este consecutiv terapiei raţionale. Limba şi diferitele sisteme de semne şi simboluri obiectivează rezultatele cunoaşterii, făcînd posibilă comunicarea, generalizarea lor la scară socială şi acumularea de cunoştinţe odată cu succesiunea generaţiilor, astfel încît experienţa speciei umane nu se rezumă la mecanismul biologic al eredităţii, fiind permanent îmbogăţită prin elaborarea şi conservarea valorilor culturale.

În funcţie de mijloacele, instrumentele şi strategiile utilizate în procesul de investigare şi elucidare a diferitelor componente sau aspecte ale realităţii, cunoaşterea poate fi empirică şi teoretică. Cunoaşterea empirică se bazează pe experienţă, definită ca interacţiune directă, senzorial-perceptivă (sau mijlocită de instrumente şi aparate) între subiect şi obiect. Prin observaţie, descriere, clasificare etc. cunoaşterea empirică este o culegere de informaţii privind proprietăţile exterioare ale obiectelor. avînd acces la sesizarea unor regularităţi repetabile în desfăşurarea diferitelor procese şi serii de evenimente. Cunoaşterea teoretică aspiră să descopere explicaţia fenomenelor observabile, sesizînd prin intermediul gîndirii esenţa acestora, structura internă, cauzele şi legităţile care guvernează diferitele domenii ale realităţii. Metodele principale pe care le utilizează cunoaşterea teoretică în prelucrarea datelor furnizate de cunoaşterea empirică sînt analiza şi sinteza, inducţia şi deducţia etc. Diversitatea inepuizabilă a realităţii şi multiplicarea istorică a faţetelor spiritualităţii umane determină adîncirea treptată a diferenţierilor între cunoaşterea comună şi cea ştiinţifică. Prin cunoaşterea comună se înţelege reflectarea spontană a realităţii de către conştiinţa vieţii cotidiene, la nivelul „bunului simţ", avînd un accentuat caracter empiric şi fiind mai mult sau mai puţin robită unor prejudecăţi tributare aparenţelor. Cunoaşterea ştiinţifică este sistematică, ordonată reflexiv, întemeiată metodologic, expusă argumentativ şi specializată pe diverse domenii. Cunoaşterea ştiinţifică contemporană se îndepărtează tot mai mult de evidenţele banale ale „bunului simţ", contrazicînd stereotipia schemelor mintale derivate din experienţa cotidiană. Utilizînd un limbaj propriu, inaccesibil conştiinţei comune, ştiinţa contemporană tinde progresiv către o matematizare tot mai accentuată, valorificînd resursele unor metode teoretice noi, cum sînt formalizarea, axiomatizarea, modelarea etc. Faţetele suigeneris ale realului se dezvăluie cunoaşterii artistice, în care se reflectă lumea raportată la simţirea, imaginaţia şi aspiraţiile omului; exprimată în limbaje specifice fiecărei arte, această formă de cunoaştere se realizează prin intermediul imaginilor artistice, în care se integrează sensibilul şi raţionalitatea, abstractul şi concretul, generalul, particularul şi individualul, contopite în jocul inefabil al formei care se înfăţişează şi al sensurilor pe care aceasta le sugerează.

Scanned with OKEN Scanner

Din antichitate şi pînă astăzi, în reflecţia gnoseologică s-a manifestat înclinaţia tenace de absolutizare a uneia sau alteia dintre treptele sau formele cunoaşterii. Dezvăluind natura dialectică a procesului cognitiv, materialismul dialectic scoate în evidenţă unilateralitatea concepţiilor empiriste, care privilegiază rolul inducţiei şi al experienţei senzorial-perceptive, ca şi exagerările raţionalismului, care investeşte numai deducţia şi argumentarea abstractă ca forme valide, autentice de cunoaştere. Totodată, gnoseologia marxistă se detaşează critic atît de contemplativismul dogmatic, conform căruia subiectul recepteazā pasiv adevăruri definitive, inalterabile, cît şi de apriorismul agnostic care evidenţiază rolul activ al subiectului în elaborarea cunoştinţelor, cu preţul negării caracterului reflectat al cunoaşterii. În concepţia materialist-dialectică, cunoaşterea este o reflectare aproximativ exactă şi mereu perfectibilă a realităţii, realizată prin intermediul tuturor facultăţilor cognitive ale subiectului şi printr-o mare varietate de strategii metodologice, puterea omului de a pătrunde în esenţa lucrurilor neavînd limite definite, prescrise a priori. Factorul fundamental în filogeneza şi în ontogeneza facultăţilor de cunoaştere ale subiectului (generic sau individual) îl constituie practica social-istorică, activitatea cu finalitate adaptativă prin care, înfruntînd realul, omul îşi perfecţionează continuu capacitatea de a-l înţelege, controla şi stăpîni, conform nevoilor şi intenţiilor sale. Practica reprezintă izvorul, forţa motrice principală, criteriul de verificare şi scopul cunoaşterii. Cu toate acestea, rolul practicii nu trebuie absolutizat din nici un punct de vedere, pentru că practica este un criteriu relativ al adevărului ; pe de altă parte, nu orice progres al cunoaşterii, nu orice invenţie, descoperire sau creaţie spirituală decurge nemijlocit din necesităţile practice, avînd menirea de a soluţiona aceste necesităţi.

787. **CUNOŞTINŢĂ** (de la cunoaştere ; cf. lat. *cognoscere*) ● Idee sau noţiune despre un obiect, fenomen, proces, etc., considerată ca fiind adevărată sau certificată. Adevărul nu se identifică cu cunoştinţa, din punctul de vedere al unui individ, pentru că acesta s-ar putea să nu ştie dacă acea cunoştinţă este sau nu adevărată. În sensul cel mai larg, cunoştinţele reprezintă totalitatea achiziţiilor ştiinţei la un moment dat. Cunoştinţele au, mai ales în contextul epocii contemporane, o dinamică accentuată de îmbogăţire şi reînnoire, stimulată de dezvoltarea procesului de cunoaştere şi a practicii umane. Din punctul de vedere al originii lor, cunoştinţele pot fi sensibile, rezultat al simţurilor, şi conceptuale, obţinute prin deducţie. Primele sînt cunoştinţe intuitive, celelalte cunoştinţe discursive. După gradul de obiectivitate cu care reflectă obiectul la care se referă, cunoştinţele pot fi : clare, confuze sau obscure.

Factorul individual îşi spune cuvîntul în însuşirea, acumularea şi folosirea volumului de cunoştinţe, acestea fiind proporţionale cu nivelul de inteligenţă, dar şi de instruire, al individului.

788. **CUPIDITATE** (fr. *cupidité* ; cf. lat. *cupiditas* „poftă, aviditate") — sin. PLEONEXIE ● Acumulare impulsivă şi disproporţionată în raport cu necesităţile, de bani şi de valori în absenţa unui scop practic. Reprezintă o deplasare a unor pulsiuni agresive nesublimate (MICHAUX). Apare la personalităţi hiperperseverente şi la personalităţi dizarmonice impulsive (însoţind uneori comportamentul lor antisocial), pasiv-agresive, precum şi ca simptom tranzitor, uneori cu valoare de simptom-semnal, la debutul fazelor maniacale, însoţind tahipsihia şi modificările expansive ale gîndirii (proiecte delirante grandioase, care necesită pentru realizarea lor mari sume de bani).

789. **CURĂ DE DEZGUST** (fr. *cure* ; it. *cura* ; cf. lat. *cura* „grijă, îngrijire") → AVERSIUNE.

790. **CURĂ NEUROLEPTICĂ** ● Tratament susţinut, de lungă durată, cu neuroleptice, necesar pentru remiterea sau ameliorarea afecţiunilor psihotice. Clasic, cura neuroleptică se desfăşoară în următoarele etape :

● Faza de atac constă în introducerea treptată, în doze crescînde, pînă se atinge doza terapeutică necesară, în funcţie de toleranţa individuală. Neurolepticul incisiv asigură acţiunea asupra nucleului psihotic. În funcţie de corolarul simptomatic asociat celui de bază (psihotic), se asociază un neuroleptic sedativ necesar controlării agitaţiei, impulsivităţii, anxietăţii, reducerii riscului suicidar. Neurolepticul sedativ este administrat repetat din oră în oră, pînă la obţinerea sedării. Asociaţii constînd în mai multe neuroleptice sau neuroleptice (NL) cu hipnotice, anxiolitice, antidepresive sînt puţin recomandate, pentru că realizează un cumul de reacţii adverse şi de antagonizare. Faza de atac are o durată

de 3—8 zile (în funcţie de vîrsta individului), frecvenţa administrării fiind de 3—4 doze pe zi. În toată această perioadă este necesară menţinerea clinostatismului. Atingerea dozei terapeutice necesare atrage după sine apariţia, în această fază, a efectelor secundare neurovegetative şi psihice.

- Cea de a doua fază este cea a menţinerii în platou a dozei de neuroleptic stabilită în faza anterioară, avînd drept scop stabilirea efectelor terapeutice definite. Durata acestei faze este de aproximativ 6—8 zile, perioadă caracterizată prin scăderea duratei somnului, diminuarea intensităţii fenomenelor psihotice (mai ales a celor productive), creşterea dinamogenezei şi intensificarea treptată a hipokineziei şi akatiziei.
- Faza terapeutică, al cărui început se situează la aproximativ două săptămîni după începerea tratamentului cu NL, este cea în care se stabilesc, prin tatonare progresivă şi precaută, dozele minime de NL necesare menţinerii efectului terapeutic maxim. Se reduc întîi dozele la NL sedativ şi apoi cel incisiv. În această fază, prin diminuarea sedării şi a asteniei, este posibil ca subiectul să părăsească patul, deşi se menţine un nivel scăzut al dinamogenezei, precum şi prezenţa unei stări psihice de indiferenţă pînă la apatie. Îşi fac apariţia efectele secundare princeps ale tratamentului neuroleptic: sindromul parkinsonian neuroleptic, retenţia hidrică, sindromul galactoree-amenoree, tulburări de dinamică sexuală.
- Faza tratamentului de întreţinere, menită să realizeze prevenirea sau temporizarea recidivelor psihotice, se desfăşoară pe o perioadă îndelungată. În această fază NL incisiv se administrează în cursul dimineţii, pentru a evita apariţia insomniei prin akatisie. Doza zilnică reprezintă aproximativ 50% din cea utilizată în faza menţinerii în platou. NL sedativ se administrează în una sau două prize în a doua jumătate a zilei, cît mai aproape de perioada vesperală pentru a induce somnul. Se recomandă menţinerea aceluiaşi NL, evitînd schimbarea lui sau asocierea cu alte NL sedative decît cele stabilite în cursul curei. Consecvenţa cu care pacientul îşi urmează tratamentul se poate depista în prezenţa efectelor secundare minore existente. Această fază se caracterizează prin asocierea măsurilor chimioterapice cu cele psihoterapice, socioterapice, urmărind integrarea sociofamilială a bolnavului. Clasic se admite că după apariţia unui episod psihotic este necesară terapia neuroleptică de întreţinere timp de un an, după două episoade — 2 ani, iar după trei episoade — nedefinit. Majoritatea autorilor contemporani consideră că 80—90% din schizofreni necesită un tratament pe termen lung, oprirea (mai ales intempestivă) tratamentului favorizînd apariţia recăderilor. Întreruperea tratamentului de către bolnav din proprie iniţiativă este ea însăşi un semn al recăderii psihotice (negativism).

791. **CURĂ PSIHANALITICĂ** — sin. CURĂ TIP ● Modalitate concretă prin care terapia de tip psihanalitic acţionează în sensul dorit — restructurarea personalităţii subiectului. Cura îşi propune cunoaşterea progresivă a dinamicii psihologice inconştiente a pacientului. Această tehnică a fost întemeiată de FREUD, pornind de la studiul hipnozei şi sugestiei. Suferind aceleaşi conceptualizări progresive ca şi teoria psihanalitică, cura tip, în forma ei actuală, este legată de teoria topică a celor trei instanţe ale psihismului. Simptomatologia nevrotică este considerată, din acest unghi de vedere, ca expresie simbolică în viaţa conştientă, sub forma compromisului mai mult sau mai puţin eficace şi adaptat, a conflictelor dintre forţele de reprimare a dorinţelor şi cele care le deschid accesul la nivelul conştient. Concepţia energetică şi dinamică referitoare la forţele care conduc viaţa psihică presupune că o cantitate importantă de energie se consumă pentru menţinerea acestui echilibru, în defavoarea unei maturităţi psihosexuale normale. În acest context, rolul terapeutului este de a întări Eul subiectului, permiţîndu-i eliberarea unei cantităţi de energie utilă maturării afective. Cura se bazează metodologic pe noţiunea de transfer-proiecţie asupra persoanei psihanalistului, a conflictelor infantile cu părinţii, generatoare de sentimente iraţionale. Folosit ca element dinamic, transferul este dirijat de psihanalist în realitatea aşa-numitei „nevroze de transfer". Cu această ocazie mecanismele de apărare ale subiectului se accentuează, dînd naştere aşa-numitelor „rezistenţe", care sînt analizate şi interpretate în toate fazele primare. Rezolvarea şi ştergerea nevrozei de transfer constituie ultima fază a curei, în care subiectul se detaşează de psihanalist, conflictele şi interdicţiile parentale sînt estompate, iar maturizarea afectivă întreruptă

Scanned with OKEN Scanner

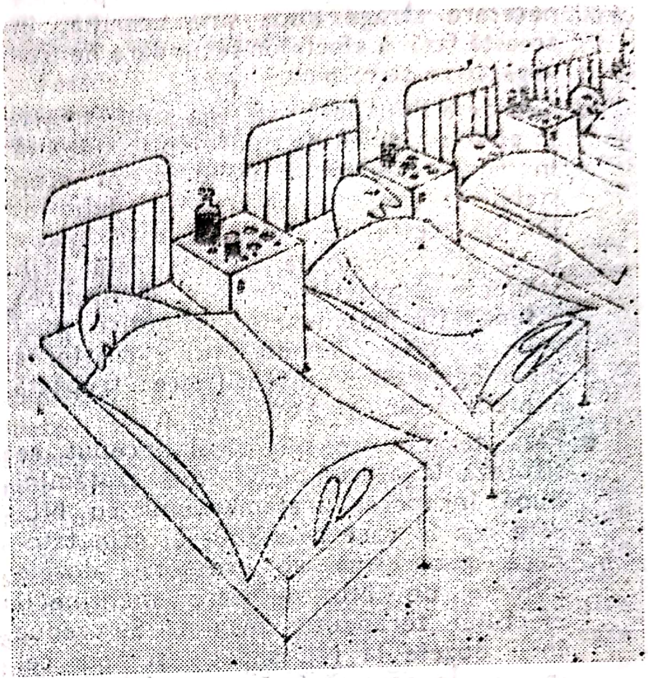
își reia evoluția. Protocolul curei este standardizat pentru a permite derularea optimă a acesteia. Regula fundamentală impune exprimarea de către subiect, la fiecare ședință, a ideilor și senzațiilor sale, lăsînd liber jocul asociațiilor. Subiectul, în clinostatism, nu va avea posibilitatea să vadă psihoterapeutul care conduce ședința. La rîndul său acesta va adopta o atitudine de strictă neutralitate, refuzînd orice fel de relații cu subiectul în afara curei. Cura progresează pe două căi : cea a analizei materialului psihologic oferit de pacient (idei și imagini, amintiri, visuri, lapsusuri, fantasme etc.), pe care psihanalistul îl interpretează, și aceea a analizei experiențelor trăite în cursul curei. Metodă dificilă în realizarea practică, durînd 2—5 ani, cu o ritmicitate a ședințelor de pînă la patru pe săptămînă, cura psihanalitică își limitează mult indicațiile, cel puțin în cadrul acestor parametri. Nevrozele (cele bine alese) rămîn totuși domeniul de elecție : nevroza anxioasă, nevroza fobică, obsesională, tulburările sexuale nevrotice. Indicații extinse (mai mult din considerente teoretice) sînt dizarmoniile de personalitate, în special cea isterică, nevrozele obsesive grave. Tulburările psihosomatice, toxicomaniile, perversiunile sexuale, rămîn în principiu în afara indicațiilor de cură.

Alt grup de criterii de elecție este legat de datele personale ale subiectului : vîrsta sub 50 de ani (după unii autori, chiar sub 40 de ani), existența unui Eu destul de puternic și structurat, capacitatea de fantasmare și de verbalizare.

792. **CURĂ SAKEL** → INSULINOTERAPIE.

793. **CURĂ SANATORIALĂ** ● Metodă aparținînd complexului de măsuri specific profilaxiei secundare a nevrozelor și tulburărilor nevrotice ce evoluează în cadrul altor afecțiuni psihice, bazată pe folosirea influenței benefice a factorilor climatici (aeroterapie, peisajoterapie etc.) și balnear. Unitățile de asistență medicală amplasate în condiții de altitudine mică (600—1 000 m) și mijlocie (1 000—1 800 m), dotate cu aparatură medicală și personal instruit corespunzător, stau la dispoziția bolnavilor nevrotici care se află la finalul curei terapeutice propriu-zise (efectuate la nivelul unităților semiambulatorii sau în secții cu paturi). Cura sanatorială consolidează, de cele mai multe ori, ansamblul terapeutic necesar nevroticului pentru o bună readaptare la nivel socio-familial.

794. **CURĂ (de) SOMN** ● Metodă de terapie biologică, bazată pe efectul anxiolitic și reparatoriu al somnului, constînd din obținerea unui somn discontinuu, de profunzime variabilă ca durată, de la cîteva zile la cîteva săptămîni. Promotorul tehnicii de somnoterapie este elvețianul KLAESI, care, în 1922, obținea un



somn profund cu durată de 24 de ore, timp de 4—5 zile, folosind barbituricele pe cale parenterală. Efectul obținut era brutal, iar posibilitatea apariției accidentelor grave (de tip comă, paralizie oculară, confuzie, deshidratare, hipertermie) era ridicată. Această metodă a fost remaniată, în 1943, de autorii sovietici, în conformitate cu teoria pavlovistă. Oricare ar fi tehnica folosită, aplicarea curei trebuie precedată de un examen clinic general, necesar efectuării bilanțului somatic și excluderii bolnavilor cardio-vasculari, hepatici, icterici, renali, astmatici, tuberculoși, vîrstnici. Dacă totuși cura de somn este imperios necesară unui astfel de bolnav, ea va fi asociată cu terapia de susținere a funcțiilor vitale. Pe toată perioada efectuării curei, bolnavul va fi urmărit clinic, iar funcțiile vitale vor fi monitorizate. Pentru desfășurarea curei este necesară obținerea consimțămîntului pacientului (terapeutul va da explicațiile necesare) și găsirea momentului propice pentru începerea ei. Cura se aplică în camere în care să existe o cît mai bună izolare senzorială, camere individuale sau comune pentru 5—7 bolnavi, care încep și termină cura în același timp trecînd simultan prin aceleași faze (BONNEVAL și PREMONTIE, FAURÉ).

Cele mai folosite droguri pentru obținerea somnului, în toate tipurile de cură, sînt barbi-

turicele şi neurolepticele, mai puţin hipnoticele nebarbiturice (de tip avertină, cloral, paraldehidă). Barbituricele cu durată medie de acţiune (neambutal, etil-metil-butil-malonil-uree) sînt mai bine tolerate decît cele cu durată mare de acţiune (fenobarbital, gardinal, fenil-malonil-uree) care, pe lîngă dezavantajul proastei toleranţe, îl au şi pe acela al acumulării lor. Cele mai folosite NL sînt cele din grupul fenotiazinelor (clordelazina, prometazina, tioridazina, levomepromazina, trifluoperazina), cărora li se pot asocia butirofenonele (haloperidol, triperidol). Utilizarea NL impune asocierea medicaţiei adjuvante pentru evitarea efectelor secundare: antiparkinsoniene, analeptice, colagogee, diuretice, precum şi menţinerea homeostaziei hidroelectrolitice a organismului. De obicei, se folosesc asociaţii de barbiturice cu NL în doze medii. Cu efect anxiolitic bun este asocierea NL cu meprobamat. Asocierea opiaceelor este încă o problemă discutată. Autorii francezi (EY) recomandă această asociere în cazurile de anxietate extremă.

Desfăşurarea curei medii de somn luată ca prototip în descriere, de majoritatea autorilor moderni, cuprinde trei faze. Prima se desfăşoară pe perioada primelor 3—4 zile, în care durata somnului este 10—20 h/zi, perioadă în care au loc o scădere a tensiunii psihice, calmarea, relaxarea, iar trezirea din somn este plăcută. Aceste caracteristici au făcut ca prima fază a curei să fie denumită de „gratificaţie". Uneori, ea singură este eficientă şi suficientă. Acestei prime faze îi urmează, în desfăşurarea curei, etapa de onirism (mai mult sau mai puţin accesibilă observatorului), cu o durată de cîteva zile, în care somnul este profund. Este o etapă dificilă pentru subiect, din cauza coşmarelor şi, uneori, a stărilor confuzionale ; ea necesită intervenţia terapeutului, care să asigure prin prezenţa sa, prin încurajare, liniştirea pacientului Cea de a treia fază este atinsă odată cu scăderea (bruscă sau progresivă) a dozei de hipnotice, la care se adaugă psihoterapia de susţinere (şi, după unii autori, opiacee în doze mici), obţinîndu-se relaxarea. Încetarea curei se poate face brusc sau progresiv prin suspendarea somnului diurn şi păstrarea celui nocturn. Cura de somn se poate asocia cu alte terapii în afecţiunile psihosomatice, cu tratamentul somatic necesar ; cu terapia electroconvulsivantă, numai dacă starea generală a bolnavului o permite şi cu monitorizare permanentă a funcţionalităţii cordului ; cu antidepresivele, în cazul depresiei anxioase cu risc suicidar. mare Dintre multiplele variante ale curei de somn menţionăm numai cîteva ;

- Metoda elveţiană de tip Klaesi (narcoterapia): durează 5—6 zile, somnul este profund, obţinut prin injectarea intravenoasă de tiopentol (Penthotal), tiamial (Inaction) sau hexabarbital (Evipan) şi menţinut prin administrarea pe cale rectală, a unui amestec de barbiturice şi hipnotice nebarbiturice (amestecul Cloetta). Profunzimea somnului necesită o supraveghere continuă a bolnavului. Către sfîrşitul curei, amestecul Cloetta este înlocuit cu instilaţii de cloralhidrat.
- Metoda sovietică este mai blîndă, cura avînd durată de trei săptămîni, cu o perioadă de somn de 12—15 h/zi ; se folosesc barbiturice, în condiţii de izolare senzorială. Autorii sovietici pledează şi pentru utilizarea (în vederea condiţionării somnului a inducerii sau prelungirii somnolenţei) unor excitaţii monotone şi ritmice, emise de dispozitive vizuale şi/sau sonore, ceea ce permite reducerea dozelor de barbiturice. Sovieticii folosesc cura de somn în stările de epuizare psihică, în sindroamele cortico-viscerale, pentru a obţine o punere în repaus a cortexului (conform teoriei pavloviste).
- Metoda franceză este intermediară, faţă de cele descrise, durînd aproximativ 15 zile, cu o perioadă de somn de 15—20 h/zi ; se folosesc mai ales asociaţiile medicamentoase care, prin potenţare reciprocă, îşi completează eficacitatea, determinînd o diminuare a efectelor secundare.

Accidente şi complicaţii care pot surveni în timpul curei: cele la nivelul aparatului respirator, extrem de grave, în tehnica iniţială a lui KLAESI, sînt reduse în tehnicile moderne ; dintre complicaţiile hepatobiliare, cea mai frecventă este icterul, apărut după utilizarea clorpromazinei (prin spasmul sfincterului Oddi, colostază), ceea ce impune asocierea la acest tratament a colagogelor ; apariţia sau reactivarea unei infecţii intercurente la nivel urinar, cutanat sau subcutanat, intestinal ; complicaţiile vizînd aparatul cardiovascular, sînt legate, mai ales, de tulburările crazei sanguine, conducînd la apariţia trombozelor, flebitelor, infarctelor.

Indicaţiile curei de somn sînt: stările de anxietate profundă, depresia reactivă (traumatism afectiv, depresie de doliu), sevrajul toxicomaniei (în care este justificată administrarea curei de somn profund a lui KLAESI, împiedicînd apariţia stărilor de agitaţie),

Scanned with OKEN Scanner

depresia melancoliformă rezistentă la electroșoc și terapie antidepresivă, nevroză cenestopată, afecțiuni psihosomatice (cu amendamentul apropierii cu tratament somatic specific): ulcer gastro-duodenal, hipertensiune arterială, astm, dermatoze, dureri somatice rebele la tratamentul antialgic uzual. RECAMIER consideră că, prin cura de somn, se obține o remitere mult mai bună decît prin alte metode, a episoadelor catatonice din schizofrenie.

În ceea ce privește mecanismele psihofiziologice ale curei de somn, părerile sînt împărțite: neurofiziologii pavloviști consideră că eficacitatea curei se datorează deconectării aferențelor corticale, realizîndu-se o inhibiție protectoare contra unei condiționări, sau distrugerii structurilor patologice deja edificate. Pentru alți autori, efectul ar apărea prin acțiunea asupra diencefalului, cu întreruperea legăturilor între „stress" și reacțiile pe care el le guvernează (diencefalul fiind ținta tuturor aversiunilor). Motivația catarctică afirmă rolul eliberator al activității onirice, care permite abreacția tendințelor reprimate și a amintirilor dureroase. Din punct de vedere psihanalitic, se contează pe favorizarea regresiunii, cu securizare și îndepărtarea rezistențelor. Regresia se produce, după EY, pînă la stadiul în care „visele, relațiile infantile, satisfacțiile libidinale primitive sînt trăite și pot fi obiectul unei psihoterapii analoge narcoanalizei".

795. **CURARESIN**(M) Japonia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant derivat glicerol, de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

796. **CURARIZANTE** (fr. *curare*; cuvînt caraibian) ● Curara este numele unui extract folosit pentru otrăvirea săgeților de către indienii din America de Sud. Prima remarcă despre curara (amestec de alcaloizi naturali) a fost făcută de Claude BERNARD, care a constatat că acțiunea ei se manifestă asupra factorilor chimici ce operează la joncțiunea neuromusculară, blocînd trecerea influxului nervos la acest nivel, fără să afecteze conducerea impulsurilor în nervi sau capacitatea mușchiului de a se contracta, ca răspuns la un stimul electric aplicat direct.

Din punct de vedere chimic, majoritatea curarizantelor sînt baze cuaternare de amoniu. Efectul lor inhibitor asupra transmiterii sinaptice la nivelul plăcii motorii se poate explica fie prin combinarea cu receptorii colinergici (fără a produce modificări ale permeabilității membranei), ceea ce împiedică atașarea pe receptor a acetilcolinei, fie prin depolarizarea prelungită a plăcii motorii. Se descriu — în funcție de acest mecanism de acțiune — curarizante prin acțiune antidepolarizantă (tubocurarina, dimetil-tubocurarina, galamina, pancuroniul) și curarizante depolarizante (suxametoniul și decametoniul). Tubocurarina este un alcaloid de curara iar galamina, decametoniul, suxametoniul sînt produși de sinteză. Moleculele voluminoase și compacte (policurara) provoacă bloc antidepolarizant, pe cînd cele liniare (leptocurara), provoacă, de obicei, bloc prin depolarizare. Moleculele mari, intens ionizate ale curarizantelor trec cu greutate prin membrane, fapt pentru care absorbția din intestin este slabă și inegală, calea orală nefiind deci utilizabilă farmacologic. Redistribuirea tisulară sau metabolizarea rapidă sînt răspunzătoare de efectul de scurtă durată. Ca acțiune, curarizantele produc relaxarea, apoi paralizia musculaturii striate, inițial la mușchii extremității cefalice, mușchii mîinii, mușchii intercostali, abdominali și, în fine, la diafragmă, consecința fiind oprirea respirației. Efectul curarizant este utilizat clinic în scopul accentuării relaxării musculare din cursul anesteziei generale, ceea ce permite utilizarea unei cantități mici de anestezic, ușurează incubația trahealǎ și evită fazele înaintate ale anesteziei. De asemenea curarizantele sînt indicate pentru combaterea convulsiilor tetanice și a altor stări convulsive; asocierea cu electroșocul previne accidentele traumatice, consecutive convulsiilor violente. Sub formă de supozitoare, se mai utilizează în stările anxioase și pentru potențarea curei de somn. Riscurile utilizării curarizantelor sînt importante, cel mai grav fiind apneea prin supradozare, apnee ce se poate prelungi mai multe ore. Ea apare mai frecvent la subiecții deshidratați și cu dezechilibrări electrolitice (mai ales hipokaliemie). Efectul curarizantelor antidepolarizante este potențat de streptomicină, neomicină, polimixine, unele anestezice generale. În miastenia gravă, se contraindică, de regulă curarizarea. Ca precauții în utilizarea acestor substanțe se indică: respirația artificială cu oxigen, în presiune intermitentă pozitivă. În cazul utilizării curarizantelor antidepolarizante, se pot folosi anticolinesterazice.

797. **CURATELĂ** (fr. *curatelle*) ● Instituție juridică menită să ocrotească persoane fizice care nu-și pot apăra interesele, nu-și pot administra bunurile și nu-și pot numi un reprezentant. Dintre situațiile juridice în care se instituie curatela, unele sînt de natură medicală: infirmități psihice sau fizice, însoțite sau nu de pierderea capacității de exercițiu. În primul caz, este vorba de afecțiuni psihice

Scanned with OKEN Scanner

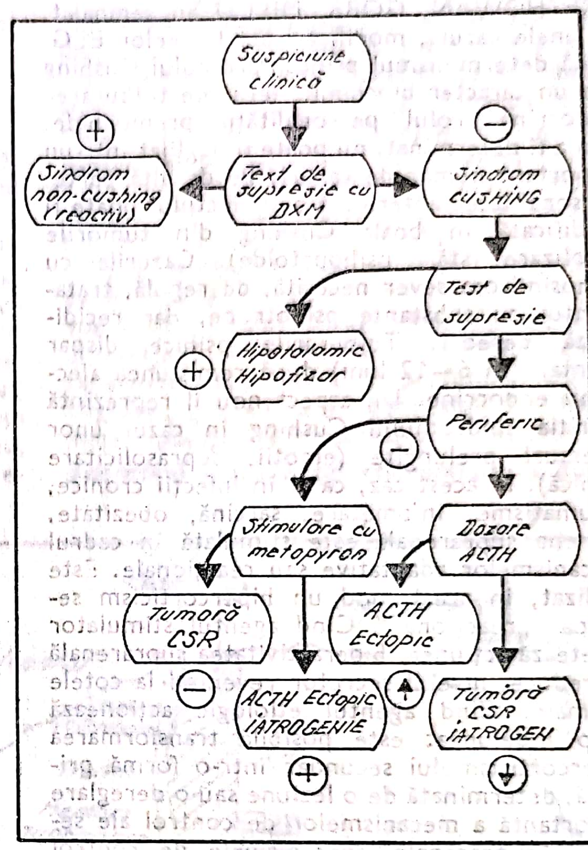
în care discernămîntul este pierdut (demența, oligofrenii, schizofrenii cu defect postprocesual grav), pacientul încadrîndu-se uneori chiar în alienația mintală cronică; în aceste situații extreme, curatela se instituie după punerea sub interdicție.

În celălalt caz (de infirmitate fizică), deși capacitatea de exercițiu este păstrată, curatela se instituie dat fiind că persoana — din cauza unei boli, somatice, de obicei — nu poate lua măsurile necesare în diferite situații ce nu pot fi amînate. Un caz special de necesitate a curatelei este minorul sub 14 ani (la care capacitatea de exercițiu nu există încă), pînă la intrarea în funcție a tutorelui. Curatela se instituie la cererea celui în cauză; cînd acesta este absent și deci consimțămîntul lui nu poate fi obținut — la cererea rudelor, a unor organizații obștești îndreptățite, a instanței judiciare, procuraturii, organelor de miliție, precum și — din oficiu — a autorității tutelare.

798. CURBAN[M] S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină. Amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

799. CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT[B] *boală* — sin. DISTONIE MIOTONICĂ; MIOTONIE ATROFICĂ ● Afecțiune cu caracter eredo-familial, cu manifestări polimorfe: neurologice, endocrine, psihice. Mioatrofii multiple, în special ale feței (față miopatică), atrofia glandelor genitale, cașexie, întîrzieri în dezvoltarea psihică, cu modificări ale gîndirii, afectivității, sînt semnele tipice ale afecțiunii. Evoluția ei este nefavorabilă, lent progresivă, iar etiologia necunoscută.

800. CUSHING[S] *sindrom* — sin. SINDROMUL SUPRARENOMETABOLIC (termen propus de ȘT. MILCU) ● Cuprinde totalitatea formelor clinice de hiperfuncție cortico-suprarenală (tumorile hiperplazice, traumatice, funcționale), în care coexistă semnele de impregnare cortizolică și alterarea sistemului de control al secreției suprarenale. În cadrul acestui sindrom, dispare ritmul nictemeral al secreției de cortizol, iar feed-back-ul hipotalamo-hipofizo-suprarenal este alterat, parțial sau total. În tabloul clinic al sindromului Cushing, ce descrie o adipozitate caracteristică, modificări tegumentare (striurile cutanate atrofice — vergeturi, echimoze, acnee, piele subțire etc.), hirsutism, amiotrofie, osteoporoză, hipertensiunea arterială sistolo-diastolică, tulburări gonadice (oligo-amenoree, frigiditate, impotență) tulburări psihice. Sindromului clinic i se adaugă un sindrom umoral, caracterizat prin creșterea 17-OH-corticosteroizilor, a 17-cetosteroizilor și a tetrahidroderivaților în urină.

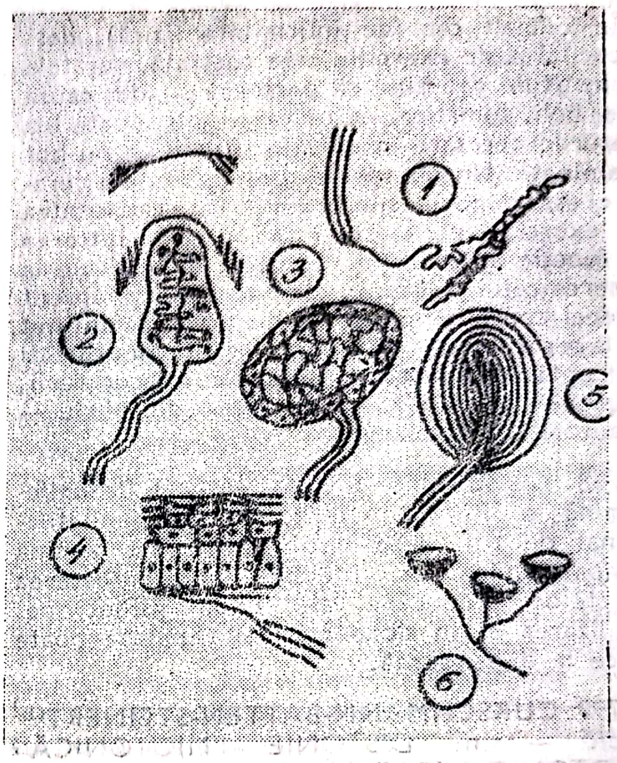


Etape în diagnosticul fiziopatologic al hipercorticismului

Cortizolul plasmatic este crescut (mai mare de 20 mg%), cu pierderea ritmului nictemeral de secreție. Tulburările psihice apar la aproximativ jumătate din cazuri, alcătuind psihosindromul Cushing (ȘT. MILCU). Trăsătura dominantă o constituie depresia, care poate varia ca intensitate de la simpla dispoziție depresivă, la sindroame psihotice de tip depresiv, ce pot conduce uneori la suicid. Mai rar, bolnavul poate avea manifestări care amintesc de un episod maniacal. Ambele posibilități impun diagnosticul diferențial al sindromului Cushing cu psihoza maniaco-depresivă. Alte tulburări psihice descrise: anxietate, labilitate emoțională marcată, instabilitate, scăderea performanțelor intelectuale, prin tulburări mnezoprosexice, preocupare marcată față de boală. Deseori se remarcă o lentoare psihomotorie accentuată, astenie, fatigabilitate.

La copii predomină tulburările în sfera intelectuală ; nu se pun încă în evidență tulburări ale afectivității. Deosebirile existente între psihosindromul copiilor și cel al adulților sînt legate de substrate nervoase diferite, cu biologie particulară, în raport cu vîrsta. TRETHOWAN, GOBB, MILCU au semnalat, în unele cazuri, modificări ale traseelor EEG. Dacă determinismul psihosindromului Cushing are un caracter biochimic, legat de tulburarea endocrină, rolul personalității premorbide, fără a fi determinat, nu poate fi neglijat într-un important număr de cazuri. Pe de altă parte, personalitatea anterioară a subiectului poate fi modificată în boala Cushing din tumorile hipofizare (stări psihopatoide). Cazurile cu psihosindrom sever necesită, de regulă, tratamentul cu substanțe psihotrope, dar recidivează deseori. Tulburările psihice dispar spontan (în 6—12 luni) după remisiunea afecțiunii endocrine. Un aspect nou îl reprezintă apariția sindromului Cushing în cazul unor stressuri prelungite (emoții, suprasolicitare psihică). În acest caz, ca și în infecții cronice, traumatisme, înfometare, sarcină, obezitate, secreția suprarenală este stimulată în cadrul mecanismelor adaptative sau reacționale. Este realizat, în acest mod un hipercorticism secundar „reacțional". Cînd agentul stimulator încetează acțiunea, hiperactivitatea suprarenală se reduce, nivelul secretor revenind la cotele normale. Cînd agentul etiologic acționează timp îndelungat este posibilă transformarea hipercorticismului secundar într-o formă primară, determinată de o leziune sau o dereglare importantă a mecanismelor de control ale secreției suprarenale. Mecanismele de control aparțin sistemelor majore de integrare și coordonare : sistemul nervos și sistemul endocrin, cu placa turnantă care le leagă, sistemul hipotalamo-hipofizar. Acest aparat complex, care funcționează ca un mecanism cibernetic de reglare, este sensibil la variațiile mediului intern și extern, fiind capabil de a adapta metabolismul intermediar în stările de stress. Hipersecreția suprarenală în condiții de stress poate fi interpretată, în acest context, ca un exces de informații creat în scopul de a mări disponibilul de material energetic, pentru a asigura adaptarea la condiții excepționale. Sindromul Cushing poate fi expresia clinică a destabilizării sistemului cibernetic reglator.

801. CUTANAT — *analizator* (fr. *cutané* ; cf. lat. *cutis* „piele") • Prin prezența numeroaselor și variatelor tipuri de receptori localizați la nivelul ei, pielea reprezintă un imens cîmp receptor, de la care informațiile privind lumea înconjurătoare ajung la centrii nervoși superiori. Tactul, presiunea și vibrațiile sînt, de obicei, clasificate separat, deși sînt determinate de intensități diferite ale aceluiași stimul de bază. Senzația tactilă apare prin sti-



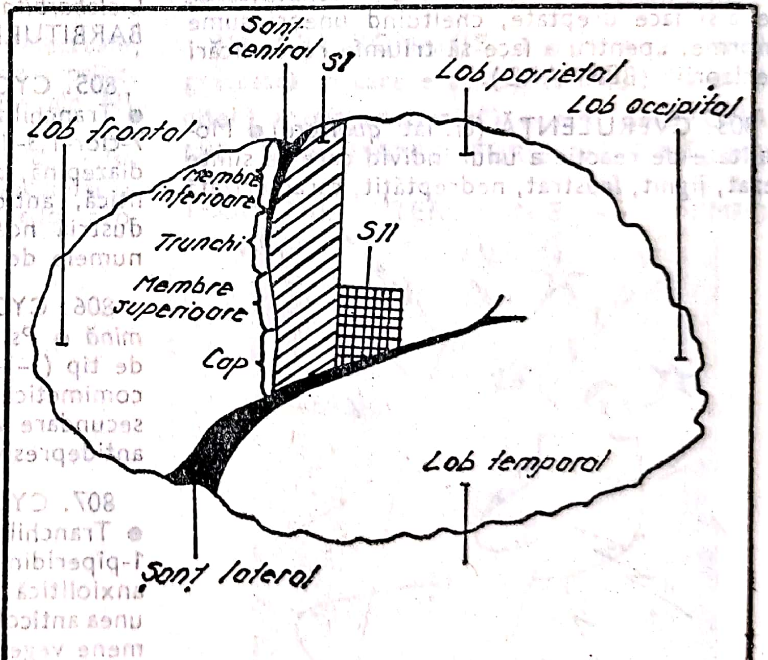
Receptorii cutanați :
1 – corpusculul lui Ruffini ; 2 – corpusculii lui Meissner ; 3 – bulbul terminal al lui Krause ; 4 – terminație nervoasă liberă ; 5 – corpusculul Paccini ; 6 – discurile lui Merkel.

mularea receptorilor specifici din tegument sau țesuturile subiacente, senzația de presiune este generată de deformarea țesuturilor profunde, iar senzația vibratorie apare ca urmare a semnalelor repetitive rapide, declanșate de distorsiunea mecanică a suprafeței tegumentare. Structurat pe schema generală a oricărui analizator, analizatorul cutanat transmite la nivel cortical informațiile preluate de receptorii tactili, termici și dureroși. La nivel cortical, se recepționează acei stimuli care ajung în cîmpul conștiinței și determină recunoașterea formei, materialului, a mărimii, greutății, consistenței obiectelor. Sensibilitatea tactilă poate fi exagerată — hiperestezie, sau diminuată — hipoestezie. Aceste tulburări sînt caracteristice, mai ales, afecțiunilor neurologice — sindroame talamice, sindroame senzitive de nervi periferici, polinevrite, neuropatii, sin-

droame senzitive reticulare, sindrom de hemisecţie medulară, sindroame senzitive ale trunchiului cerebral, sindrom senzitiv cortical. Agnoziile tactile sînt caracterizate prin faptul că obiectele nu sînt recunoscute tactil, fără a exista vreo tulburare somato-senzorială, inclusiv tactilă. Se menţionează (EXARCU) şi o „boală de vibraţie", acţiunea generală a vibraţiilor — mai ales a celor cu frecvenţă joasă — exercitîndu-se îndeosebi asupra sistemului nervos central. Efectele vibraţiilor se traduc prin scăderea capacităţii de efort, oboseală, apatie şi o stare de somnolenţă invincibilă, ce persistă uneori şi după scoaterea din mediul nociv.

Tulburările sensibilităţii termice constau în diminuarea sau chiar pierderea ei, cea mai cunoscută tulburare fiind disociaţia siringomielică, caracterizată prin pierderea sensibilităţilor termică şi dureroasă, cu păstrarea celei tactile şi profunde, ca urmare a unor leziuni neurologice. În ceea ce priveşte sensibilitatea dureroasă, stimulii care declanşează durerea, diferit în funcţie de locul de acţiune, sînt reprezentaţi, pentru tegument, de diverşi agenţi nocivi fizico-biologici ai mediului, iar pentru organele interne, de o serie de condiţii „algogene", endogene, cum ar fi vasodilataţia şi staza consecutivă, vasoconstricţia şi hipoxia consecutivă, distensia organelor cavitare şi a celor parenchimatoase, tracţiunile vasculare sau ale mezourilor şi ligamentelor. Talamusul reprezintă un important centru de integrare pentru durere, la acest nivel existînd o organizare somatotopică ce se păstrează şi în proiecţiile talamo-corticale din girusul postcentral. La nivel talamic, are loc nuanţarea afectivă a durerii, iar sistemul limbic conferă senzaţiei dureroase caracterul emoţional.

Scoarţa cerebrală are funcţie de individualizare, iar conexiunile majore ale ariilor corticale cu sistemul vegetativ explică reacţiile vegetative care însoţesc senzaţia dureroasă. Durerea are un puternic caracter subiectiv şi de aceea este greu de descris sau măsurat. Variaţiile individuale se explică prin prezenţa a două componente: senzaţia reală şi reacţia individuală la durere, cea care determină bolnavul să solicite asistenţă medicală. Reacţia individuală este mult intensificată de anxietate, şi deci poate fi atenuată cu anxiolitice. Acest fapt poate explica, de exemplu, de ce o suspiciune de boală canceroasă face ca durerea să fie mult mai greu suportată decît durerea de aceeaşi intensitate produsă experimental. Componenta emoţională a durerii este puternică şi neplăcută şi determină măsuri de sustragere de la sursa durerii sau de inactivare a ei. Pe baza alterării pragului dureros, se pot descrie sindroame hiperalgezice (perceperea exagerată a excitaţiilor dureroase) şi sindroame hipoalgezice sau anestezice (diminuarea sau abolirea percepţiei stimulilor dureroşi). Hiperalgeziile pot fi periferice (dureri produse de leziuni situate la diferite niveluri ale sistemului nervos periferic) sau centrale (determinate de o leziune situată la nivelul sistemului nervos central). Pot fi descrise, de asemenea, hiperalgezii viscerale, ale extremităţii cefalice, superficiale sau faciale, şi profunde: cefaleea, migrena, glosodinia şi odontalgiile. Sindroamele hipoalgezice sau anestezice descrise sînt: sindromul indiferenţei congenitale la durere, pierderea sau diminuarea sensibilităţii dureroase în leziuni neurologice, precum şi hipoalgezia care este expresia neurologică a isteriei. Se caracterizează prin abolirea tuturor modalităţilor senzitive — inclusiv simţul vibrator — într-o jumătate de corp, incluzînd pielea



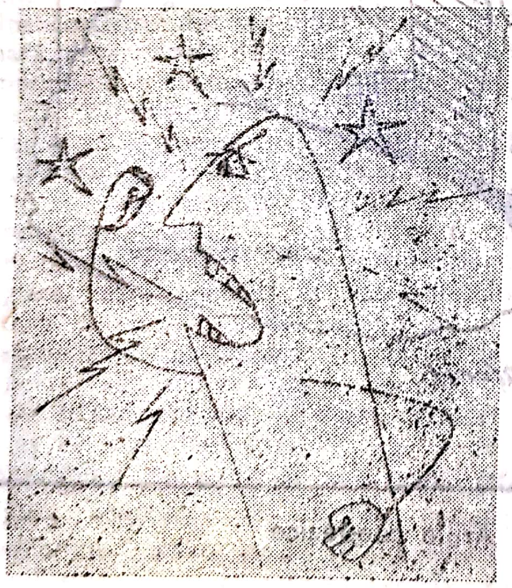
Ariile anestezice

capului, anestezia palatului sau a membrelor, cu o distribuție caracteristică „în mănușă sau ciorap". Frecvent poate apărea anestezia unui membru, mai ales după traumatisme minore, însoțite de reducerea forței musculare, dar cu o delimitare netă la nivelul articulației respective, ceea ce ușurează diagnosticul diferențial cu alte neuropatii. Simțul pozițiilor este păstrat, bolnavii putînd localiza corect în spațiu un segment al corpului.

În sfera analizatorului cutanat se descriu, de asemenea, numeroase tipuri de cenestopatii, localizate de pacient mai ales la nivel cefalic, fără ca ele să se suprapună strict pe un anumit teritoriu nervos. Cenestopatiile se asociază tulburărilor psihice de tip neurastenic anxios, depresiv, preocupărilor hipocondriace, obsesive, sau pot constitui baza unor tulburări delirante sau halucinatorii cronice.

802. **CVERULENT**(D) *delir* (cf. lat *quaerere* „a căuta, a reclama") ● Delir din categoria delirurilor de revendicare, particularizat de BEER (1869) și caracterizat prin violența cu care subiectul își exprimă revendicările. Subiecții nu exclud nici un efort, în tendința lor de a-și face dreptate, cheltuind uneori sume enorme, „pentru a face să triumfe revendicări derizorii" (BERNARD).

803. **CVERULENȚĂ** (cf. lat *qualrere*) ● Modalitate de reacție a unui individ care se simte lezat, jignit, frustrat, nedreptățit, caracterizată



prin „atacarea" adversarului (real sau imaginar) prin admonestări verbale, scrisori, chemare în fața justiției etc. În limitele normalității, cverulența, după MICHAUX, se manifestă în literatura satirică și pamflete, precum și în polemică. În psihiatrie, cverulența este modul de reacție al psihopatului revendicativ, impulsiv, acționînd anarhic, exploziv. Forma de cverulență elaborată, persistentă, continuă este cea din paranoia și hipocondrie. Unii autori de limbă germană (citați de MICHAUX) au descris o „paranoia cverulentă" (superpozabilă maniei procesive, nebuniei procesive, delirului de persecuție procesiv etc.), în care întreaga existență a subiectului este antrenată într-un lung șir de procese și revendicări necverulente care, atingînd apogeul, pot evolua spre acte de agresivitate și violență. Hipocondriacii cverulenți acuză suferințe ale sferei abdominale, omogenitate facială (mai ales după intervenții chirurgicale), supunîndu-se și cerînd cu insistență multiple operații „reparatorii", al căror efect este în cel mai bun caz nul, dacă nu primejdios pentru sănătate. „Ineficiența" actului medical, în speță a celui chirurgical, face din hipocondriac un cverulent acuzator al medicului și medicinii, putîndu-se ajunge, în caz extrem, pînă la crimă. Cverulența psihopatului sau a delirantului cronic este, uneori, obiectul expertizelor și al măsurilor medico-legale.

804. **CYCLOBARBITAL**(M) R.D.G. — DCI *Ciclobarbitalum* — medicație sedativ-hipnotică ⟶ BARBITURICE.

805. **CYCLOPAM**(M) Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

806. **CYDRIL**(M) S.U.A. — DCI *Levamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (—)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică. Utilizat în combaterea efectelor secundare ale NL, anticonvulsivantelor și ale antidepresivelor; prezintă riscul dependenței.

807. **CYLCAIN**(M) Japonia — DCI *Pipetanate* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă, comparativ cu acțiunea anticolinergică. Indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenestopatii, medicina psihosomatică. Are acțiune preconvulsivantă. Este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

808. **CYLERT**(M) Anglia, S.U.A. — DCI *Pemoline magnesium* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă ⟶ PSIHOSTIMULENTE.

Scanned with OKEN Scanner

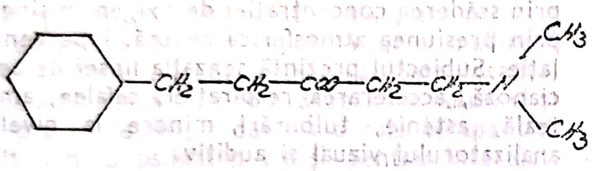
809. **CYMBOCEPHALIE** (cf. gr. *kymbe* „vas, ceașcă, barcă" ; *kephale* „cap") — sin. SCAPHOCEFALIE.

810. **CYNANTROPIE** (cf. gr. *kyon* „ciine" ; *anthropos* „om") sin. → CHINANTROPIE.

811. **CYNOREXIE** (cf. gr. *kyon* ; *orexis* „apetit") — sin. HIPEROREXIE sin. → BULIMIE.

812. **CYPRIDOFOBIE**(F) (cf. gr. *kypris* „fată (femeie) tînără" ; *phobos* „frică") sin. → CHIPRIDOFOBIE(F).

813. **CYPRODENATE**(DCI) ● Derivat dimetilaminoetanol (DMAE), de tip 2-(dimetilamino) etil ciclohexanpropionat, cu acțiune centrală,



indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, afecțiuni psihosomatice, depresii ușoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale NL și anticonvulsivantelor. Nu se administrează singur în epilepsie, ci numai cu anticonvulsivante (pentru combaterea efectelor secundare). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ACTEBRAL(M)	Elveția
ACTÉBRAL(M)	Franța
CIPRODENE(M)	Portugalia
PLENIUM(M)	Franța

814. **CYRPON**(M) Austria, R.F.G — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

815. **CYSCHOLIN**(M) Japonia — DCI *Citicolina* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

816. **CYTEROMANIE** (Kythera — insulă grecească în care era răspîndit cultul Aphroditei ; mania „nebunie") — sin. ANDROMANIE, ESTROMANIE, FURIE UTERINĂ, METROMANIE, UTEROMANIE sin. → NIMFOMANIE.

Scanned with OKEN Scanner

D

1. d ● Factor pulsional în psihologia szondiană, semnificînd nevoia de a dobîndi obiecte, de a le cerceta (d+ : tendința la schimbare ; d— : tendința de perseverare).
● D[S] *sindrom* — sin. TRISOMIE D sin. → PATAU[S] sindrom.
● D ● Prefix în stereochimie, pentru derivații seriei sterice D.
● D — *vitamină* ● Substanță liposolubilă cu formulă chimică asemănătoare colesterolului, avînd un rol deosebit în reglarea metabolismului calciului. În acest sens, conexiunea cu psihiatria se face în tratamentul spasmofiliei, care se asociază tabloului unor nevroze.

2. DABROBAMAT[M] R.F.G. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd să apară un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT[M].

3. DACL (Depression Adjective Check List) ● Inventar complex de semne ale depresiei evaluate după un sistem cuantificat, introdus în practică de LUBIN (1967). Alți autori (PICHOT) nu consideră că acest inventar ar depăși cadrul unui chestionar.

4. DACNOMANIE (cf. gr. *daknein* „a mușca"; mania „nebunie") ● Termen utilizat rar, pentru a defini impulsiunea omucidară care se poate întîlni în epilepsie, beție patologică și raptusuri psihotice.

5. DA COSTA[B] *boală* — sin. BOALĂ DE ALTITUDINE ; BOALA MUNȚILOR ; PUNA[B] boală ● Afecțiune descrisă în 1960, cauzată de hipoxia sistemului nervos central, produsă prin scăderea concentrației de oxigen în sînge, prin presiunea atmosferică redusă, hiperventilație. Subiectul prezintă senzația lipsei de aer, cianoză, accelerarea respirației, cefalee, amețeală, astenie, tulburări minore la nivelul analizatorului vizual și auditiv.

6. DA COSTA[S] *sindrom* — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE ; STILLE-HARTSHORNE[S] sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE ● Sindrom descris în 1871 de medicul italian DA COSTA, caracterizat prin tulburări funcționale cardiace care apar în special în timpul efortului fizic, în absența oricăror modificări organice. Numit inițial cord iritabil, sindromul apare la ora actuală denumit cu peste 20 de termeni sinonimi, dovadă a polimorfismului manifestărilor acestei tulburări, care „din punct de vedere psihiatric este o variantă clinică a bolii anxioase" (KAPLAN). Criteriile folosite în cunoscuta anchetă Framingham pentru definirea acestui sindrom sînt următoarele :

- acuze respiratorii : superficializarea respirației, opresiune toracică, senzație de asfixie sau dispnee ;
- unul sau mai multe simptome din cel puțin două din grupele următoare :
  - palpitații, precordialgii, disconfort ;
  - nervozitate, amețeli, slăbiciune sau disconfort în aglomerații ;
  - fatigabilitate exagerată sau oboseală, ori limitarea activității.

Simptomatologia apare de obicei în perioada adolescenței sau pînă la vîrsta de 20 de ani ;

Scanned with OKEN Scanner

poate atinge maximum de intensitate la adult, fiind mult mai frecventă la femei şi cu o evoluţie naturală către cronicizare. Actualizările simptomatologiei sînt legate de alte modificări ale stării psihice, putîndu-se descrie un paralelism între nivelul anxietăţii şi intensitatea tulburărilor funcţionale cardiace (din această cauză unii autori au asimilat sindromul Da Costa cu nevroza anxioasă).

Sindromul poate sta la baza unor dezvoltări hipocondriace sau a fobiilor de spaţii închise şi de efort, însoţite de conduitele de evitare caracteristice. Deşi simptomatologia psihică a acestui sindrom pare minoră, tratamentul ei este deosebit de dificil datorită apariţiei fenomenelor de beneficiu primar şi secundar, cu atît mai mult cu cît personalitatea premorbidă conţine adesea trăsături dizarmonice. De altfel aceşti bolnavi ajung doar în ultimă instanţă sau întîmplător (cu ocazia altor afecţiuni psihice) la consult psihiatric. Apariţia unei medicaţii „*de întîlnire*", cum este cea betablocantă, care acţionează nu numai asupra ritmului, ci şi asupra anxietăţii, a deschis o cale terapeutică atît pentru psihiatru cît şi pentru internist.

7. **DACTILO** (cf. gr. *daktylos* „deget") ● Element de compunere exprimînd semnificaţia de „deget".

8. **DACTILOCAPSODINIE** (cf. *dactilo-* ; gr. *kampsis* „îndoire" ; *odyne* „durere") ● Durere vie survenită drept urmare a flectării degetelor mîinii, cu apariţie şi dispariţie bruscă. Poate fi întîlnită — după SÎRBU — în episodul postcritic epileptic.

9. **DACTILOFAZIE** (cf. *dactilo-* ; gr. *phasis* „vorbire") — sin. DACTILOLOGIE ● Modalitate de comunicare prin mişcări convenţionale cu ajutorul degetelor, pe baza alfabetului dactil inventat de L'EPÉE, utilizată în mutitate.

10. **DACTILOSCOPIE** (cf. *dactilo-* ; gr. *skopein* „a observa, a privi") ● Explorarea desenului liniilor papilare ale feţei palmare a degetelor, folosită în scop de identificare.

Desenul papilar este strict individual, nu se schimbă din luna a şasea a vieţii intrauterine şi pe tot parcursul vieţii. Se utilizează în medicina legală şi în studii genetice ; încercările de a i se conferi atribute în stabilirea unor trăsături de personalitate nu au nici o bază ştiinţifică.

11. **DACTILOSIMPHISIS** (cf. *dactilo-* ; gr. *symphysis* „unire, coeziune") → sin. SINDACTILIE.

12. **DADEX**(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, aminăsimpaticomimetică ; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

13. **DAEFA**(M) Mexic — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, epilepsie.

14. **DAISALOID**(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

15. **DALGOL**(M) Ungaria — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acţiune sedativ-hipnotică şi miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

16. **DALMADORM**(M) Austria, Danemarca, Elveţia, Italia ; **DALMANE**(M) Anglia ; **DALMATE**(M) Japonia — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil/-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ hipnotică, indicat în insomniile mixte ; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom şi miastenie.

17. **DALTON** — *plan* ● Metodă pedagogică orientată după principiul „şcolii active", inspirată din lucrările lui J. DEWEY şi M. MONTESORI. A fost iniţiată de PARKHURST, în 1920, şi aplicată iniţial în oraşul Dalton (Massachussets — S.U.A). Principiul metodei constă în individualizarea învăţămîntului. Contrar şcolii tradiţionale, ce constrînge elevul, impunîndu-i cunoştinţe şi scheme de gîndire, metoda permite independenţa intelectuală a fiecărui elev. Astfel, el dispune de posibilitatea de a-şi alege materiile preferate pe care le poate studia în laboratoare specializate (fizică, ştiinţe naturale, geografie). Elevul dispune de fişiere în care găseşte indicaţii de lucru, informaţii, referinţe pe care învaţă să le utilizeze. Avantajul metodei constă în posibilitatea oferită elevului de a progresa conform ritmului şi posibilităţilor sale proprii, fără a fi frînat sau depăşit de colegi.

Scanned with OKEN Scanner

Este ca un sprint în care fiecare dispune de propriile resurse. Din acest motiv nu există metode de predare colectivă — ore de clasă, manuale În plus, elevul se obişnuieşte să studieze singur, sub supraveghere, capătă simţul responsabilităţii şi a valorii proprii Metoda a cunoscut o largă aplicabilitate la începutul secolului al XX-lea în şcoala americană, fiind mai tîrziu depăşită de alte metode pedagogice.

18 **DALTONISM** ● Tulburare congenitală a percepţiei vizuale cromatice, constînd în imposibilitatea de a percepe culorile roşu (protanopia) sau verde (deuteranopia) — WAGEL. DALTON, cel care a descris această anomalie, suferea el însuşi de această boală Depistarea acestui defect de vedere este importantă în orientarea profesională, mai ales pentru profesiunile care reclamă reacţii prompte la stimulii cromatici mai sus menţionaţi (munca la pupitrele de comandă, în automatică, aviaţie, transporturi, conducere auto) Cercetări recente au arătat corelaţii existente între bolile afective şi defectul de percepţie cromatică, veritabil marker biologic al unor tipuri de depresie.

19 **DALTONIŞTI MORALI** ● Termen propus de MAUSOLEY, alături de alte formulări mai mult sau mai puţin fericite ale secolului trecut (anesteziaţi ai simţului moral — BALLET, orbi morali — SCHULE, idioţi morali — ARNAUD, anormali morali — RÉGIS), pentru a desemna acele persoane caracterizate prin amoralitate, inafectivitate, inadaptabilitate şi impulsivitate Această categorie de subiecţi intrau în grupul larg al degeneraţilor morali, precursorii psihopaţilor sau dizarmonicilor din psihiatria contemporană.

20. **DALZIC(M)** R.F.G. — DCI *Practolol* ● Betablocant de tip 4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/acetanilidă, indicat în anxietate, miotonii neurovegetative, combaterea tremorului senil ; are efecte psihostimulente. Nu se administrează concomitent cu săruri de litiu, deoarece potenţează efectul toxic al acestora, şi nici cu produşii IMAO→ BETABLOCANTE.

21. **DAMASCHIN Dorin** (1914—1977) ● Psiholog român cu contribuţii importante în domeniul defectologiei, autor al unor studii cu privire la „oligofrenii dotaţi" („marii calculatori") şi la recuperarea deficienţilor (mai ales orbi şi ambliopi) prin diverse strategii de învăţare. Dintre lucrări semnalăm : „Defectologie", „Contribuţii la problemele compensării la deficienţii motrici", „Teoria şi practica compensaţiei".

22. **DAMNARE** — *idei delirante* (cf. lat. *damnare* „a condamna") ● Convingerea subiectului că este blestemat, că şi-a atras (pe merit) oprobiul opiniei publice şi al societăţii, că este condamnat la chinurile infernului. Conţinutul acestor idei delirante reflectă fie suferinţele psihice actuale ale subiectului, fie imaginea unui tablou apăsător al *„vieţii de apoi"*. Damnomania lui ESQUIROL şi MACARIO se baza pe existenţa ideilor de damnare, asociate întotdeauna cu ideile de posesiune. Se întîlneşte în depresia melancolică (în sindromul Cotard apar în interrelaţie cu ideile de imortalitate, subiectul considerîndu-se condamnat la suferinţe veşnice), în delirurile halucinatorii cronice cu conţinut mistic interpretativ, în formele depresive ale paraliziei generale.

23. **DAN Arthur Iancu Vasile** (1923—1969) ● Psihiatru român, născut la Tg Mureş, face studii de medicină la Cluj şi Sibiu, urmînd în paralel cursurile Facultăţii de Litere şi filozofie, secţia filozofie. Este atras încă din facultate de psihiatrie, devenind preparator la catedra profesorului Salvador CUPCEA şi, ulterior, asistent al profesorului Maximilian MÜLLER.

Arthur Dan

După ce părăseşte cariera universitară, va profesa la Tîrnăveni, Galaţi (unde este fondatorul psihiatriei clinice din acest oraş), Săvîrşin, Gătaia şi Timişul de Jos. Buna cunoaştere a limbii germane îl ajută să facă o importantă operă de traducere şi popularizare a unor

Scanned with OKEN Scanner

lucrări privind tipurile de personalitate (K. SCHNEIDER, K. KOLLE, O. KHAN etc.) şi metodele psihoterapeutice. Se pare că este primul psihiatru român care foloseşte în mod sistematic terapiile de grup, psihodrama, trainingul autogen. Este de asemenea preocupat de patologia obsesivă, căreia îi dedică o bună parte din activitatea sa.

24. DANATIRYL(M) Coreea — DCI *Sulpiridă* • Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-nisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Avînd indicaţiile NL incisive (endogenii), este totodată util şi în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiunile psihosomatice: ulcer gastric şi duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Menière. Pentru dozele mari apar efecte secundare comune NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

25. DANDI(M) Brazilia — DCI *Fenproporex* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/α-metilfenietil)amino/propionitril, cu marcate valenţe anorexigene, utilizat în combaterea obezităţii consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenţei → PSIHOSTIMULENTE.

26. DAPAZ(M) Portugalia — DCI *Meprobamat* • Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiolic dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd să apară un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

27. DAPOTUM(M) Elveţia, R.F.G — DCI Flufenazină • Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2/ (trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol, indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip NL incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

28. DAPRIMEN(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* • Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINA(M).

29. DAQUIN Joseph (1732—1815) • Una din cele mai luminoase figuri ale psihiatriei secolului al XVIII-lea, principala sa lucrare „La philosophie de la folie" (1791) fiind alături de „L'Instruction" a lui COLOMBIER (1785) şi „Mémoire" al lui TENON (1788), un mare îndemn către raţiune şi umanitate în tratarea bolnavilor psihici, cărora „le este necesar în mai mare măsură tratamentul moral decît cel fizic". El menţionează în acest sens: „regimul, exerciţiul, libertatea, găsirea unei ocupaţii şi mai ales blîndeţea în discursurile ce li se ţin şi în manierele utilizate în ceea ce îi priveşte". Deşi PINEL s-a ocupat în 1804 de reeditarea lucrării „La philosophie de la folie", *„întîmplător"* el uită mai tîrziu acest lucru şi culege în întregime laurii gloriei privind umanizarea regimului bolnavilor psihici.

30. DARDANIN(M) Brazilia — DCI *Deanol Aceglumat* • Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acţiune psihostimulentă, prin creşterea concentraţiei de acetilcolină, şi valenţe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acţiune proconvulsivă.

31. DARKENE(M) Italia — DCI *Flunitrazepam* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi uşor anxiolitică.

32. DARLETON(M) Grecia; DARMATYL(M) Coreea — DCI *Sulpiridă* • Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil) metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Avînd indicaţiile NL incisive (endogenii), este în acelaşi timp util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

33. DARO(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină — amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

Scanned with OKEN Scanner

34. **DARTAL**[M] Canada, Elveţia, Olanda; **DARTALAN**[M] Anglia, Belgia, Grecia — DCI *Tiopropazat* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-/4-(2-acetoxietil)-1-piperazinil/propil/- 2-clorfenotiazină, cu acţiune marcată antipsihotică dar şi cu efecte secundare neurologice marcate. Este indicat în psihozele cronice care nu reacţionează la alte neuroleptice; în doze mici poate fi utilizat (efect dinamogen) în nevroze.

35. **DARWIN Erasmus** (1731—1802) ● Autor care se angajează într-o imensă lucrare — „Legile vieţii organice", o tentativă de clasifi-

Erasmus Darwin

care a tuturor fenomenelor vitale, inclusiv a patologiei mintale. Imensitatea lucrării dăunează atît calităţii cît şi clarităţii ei; în ea se vor afla însă două elemente interesante: tratamentul bolii psihice prin „metoda circulatorie", care îl va lansa pe Benjamin RUSH, şi ideea evoluţionistă, care îi va aduce celebritatea nepotului său, Charles DARWIN.

36. **DARWIN Charles Robert** (1808—1882) ● Studiază biologia şi ştiinţele naturii la Edinburgh şi Cambridge. Concepţia sa, ale cărei idei fundamentale sînt variaţiile utile, selecţia naturală şi supravieţuirea celor apţi, a fost expusă în „On the Origin of Species" (1859). Această lucrare, cît şi întreaga sa operă, au marcat o revoluţie de dimensiuni „coperniciene" (PICHOT) în gîndirea europeană (să amintim doar faptul că MARX intenţiona să-i dedice volumul al doilea al „Capitalului").

Darwinismul, promulgat şi popularizat de SPENCER cu un deosebit entuziasm va influenţa o serie de alte domenii, printre care psihologia, sociologia şi medicina. Ideile evoluţioniste sînt uşor de sesizat în opera lui G. H. JACKSON, T. RIBOT, F. DALTON, E. DURKHEIM, pentru a-i numi doar pe cei foarte apropiaţi de psihiatrie. Cu toate criticile care i s-au adus şi cu toate denaturările vulgarizatoare, opera lui DARWIN rămîne de o profundă originalitate.

37. **DARWINISM** ● Concepţie evoluţionistă elaborată de C. R. DARWIN, conform căreia speciile se transformă treptat unele în altele prin interacţiunea următorilor factori: variabilitatea, ereditatea, suprapopulaţia, lupta pentru existenţă şi selecţia naturală. Variabilitatea individuală apare ca rezultat al corelaţiei dintre organism şi mediu, dintre modificările condiţiilor de mediu şi acţiunea factorilor interni specifici organismului. Ereditatea fixează variaţiile şi face posibilă acumularea lor în cursul generaţiilor. DARWIN considera transmiterea ereditară a orcărui element drept o regulă, iar netransmiterea ereditară drept o anomalie. Suprapopulaţia este raportată la mijloacele de trai. Lupta pentru aceste mijloace (lupta pentru existenţă) între indivizii aceleiaşi specii sau între indivizi aparţinînd speciilor apropiate duce la supravieţuirea „celor mai apţi". Selecţia naturală duce la trierea formelor mai bine adaptate şi la accentuarea în curs de generaţii a caracterelor adaptative. Au şanse de supravieţuire variaţiile utile şi cele indiferente. Selecţia naturală menţine şi avantajează variaţia cea mai aptă, care va deveni o specie nouă. DARWIN a elaborat o concepţie didactică despre natură, explicînd cauzal apariţia şi dezvoltarea speciilor, mutaţiile calitative care se produc în lumea vie, în procesul adaptării organismului la mediu. El a zdruncinat concepţiile creaţioniste şi fixiste, constituind un sprijin deosebit al ateismului.

38. **DASEIN** (cf. germ. *Dasein* „existenţă") ● Defineşte existenţa ca atare, obiectul determinat, fixat în concreteţea proprietăţilor sale. Termenul, care în gîndirea kantiană opunea existenţa neființei, este consacrat în limbaj filozofic de către M. HEIDEGGER („Fiinţa şi timpul"), care îi atribuie un sens cu totul diferit şi greu traductibil, dornic să redea limbii vocaţia ei primordială, de evocare a misterului Fiinţei. HEIDEGGER propune în scrierile sale

Scanned with OKEN Scanner

o terminologie sui generis, forțînd cuvintele să-și lepede familiaritatea lor banală care anesteziază gîndirea, pentru a exprima — în asocieri semantice inedite — sensuri originare mai adînci.

Dasein se numără printre cele mai importante și totodată cele mai dificile concepte heideggeriene, desemnînd esența umanului în ceea ce îi este mai specific și mai autentic. Tradus în franceză prin „L'être-là" și în engleză prin „there-being", termenul nu mai spune aproape nimic transpus literar în românește ca „ființă-aici".

T. KLEININGER și G. LIICEANU argumentează convingător ideea că accesul la semnificația lui Dasein este condiționat de înțelegerea lui „da" în filozofia heideggeriană. „Das Da" nu se referă la spațialitate (atribut al ființării), ci înseamnă acea ipostază privilegiată în care Ființa (das Sein) iese din obișnuita-i închidere sau ascundere în mister, pentru a se dezvălui în deschidere și transparență. Deschiderea Ființei nu îi este hărăzită decît omului, capabil să o transforme din latență în adevăr cunoscut și afirmat prin gîndire și rostire. Omul nu are însă acces la adevărul Ființei în orice moment al existenței sale. Înlănțuit de rutina și suficiența vieții cotidiene, prizonier al tiparelor comportamentului convențional și al reprezentărilor banale, omul ratează cu necesitate adîncimea întrebărilor fundamentale care conduc gîndul pînă în apropierea Ființei, ca prezență a temeiului prim.

Adevărul Ființei se revelează spiritului în starea privilegiată de grijă, care afirmă existența umană ca existență, ca situare în afară de sine. Dasein semnifică așadar omul privit în dimensiunea cea mai intimă a deplinei sale autenticități, omul ca prilej unic de „deschidere a ființei", „Ființa-în-deschis".

Postulată a priori de către HEIDEGGER drept obiect prim și fundamental (dacă nu chiar exclusiv) al filozofiei, Ființa se lasă doar problematizată la nesfîrșit, scăpînd mereu revelației clasificatoare. Deși lucrarea lui HEIDEGGER „Ființa și timpul" a fost diferit înțeleasă de psihiatri, care au căutat să găsească elementele unei psihopatologii (O. BINSWANGER) sau ale unei terapii (BOSS), rezultatul acestui demers intelectual s-a materializat în idei de o deosebită valoare, oferind posibilități mai largi de înțelegere a mecanismelor destructurării psihice.

După autorii care au îmbrățișat fenomenologia, modul de a fi bolnav se poate diviza în următoarele patru categorii:

- atingere evidentă a corporalului existenței umane;
- atingere pronunțată a spațialității ființării proprii în lume;
- obstacole importante în calea realizării stării dispoziționale proprii esenței umane;
- obstacole importante în realizarea deschiderii către realitate sau a libertății (după BOSS și CONDRAU).

Această clasificare, în care fiecare modalitate nu este decît sublinierea unei caracteristici mai importante ale bolii ca ansamblu, oferă posibilitatea unor interpretări de o mai mare finețe și a unei înțelegeri de o mai mare profunzime a fenomenelor psihice.

39. **DASEINSANALYSE** (cf. germ. *Dasein* „existență"; *Analyse* „analiză") ● Dificultățile de traducere a termenului german, întîmpinate nu numai de limba română, au condus la acreditarea unor formule ca „analyse existentielle", în franceză și „existential analysis", în engleză, preluat și în formula românească curentă de „analiză existențială". O transpunere de mai mare finețe și fidelitate o reprezintă însă termenul de „analiză a ființării" (1985) ⟶ ANALIZĂ EXISTENȚIALĂ.

40. **DASERD**$^{(M)}$, **DASEROL**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

41. **DASTEN**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilisoindolic de tip 5-(p-clorfenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a/isoindol, fără efecte simpaticomimetice. Indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale NL și ale anticonvulsivantelor în tratamentele de lungă durată.

42. **DASTEN-PLUS**$^{(MC)}$ Brazilia ● Produs terapeutic care reunește două medicamente tipizate cu acțiune diferită care se complementează. Este compus din:

- MAZINDOL$^{(M)}$ — psihostimulent anorexigen;
- DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant.

Are acțiune psihostimulatoare-anxiolitică.

43. **DATORIE** (cf. lat. *debitorius*) ● Categorie centrală a eticii ca disciplină valoric-normativă, denotînd obligația morală în general. Reclamînd necondiționat un anumit comportament din partea subiectului, datoria se afirmă ca imperativ investit de către o autoritate normativă transcendentă, cu funcția de a constrînge individul să adopte anumite linii de conduită, interzicînd totodată comiterea unor fapte sau gesturi reprobabile.

Scanned with OKEN Scanner

Prin dimensiunea ei supraindividuală, datoria se instituie ca materice de sociabilitate, care prescrie modelele acționale menite să armonizeze destinele individuale, pentru menținerea coerenței și optimizarea relațiilor sociale. Spre deosebire de normele juridice sau administrative, impuse prin forța coercitivă a sancțiunilor materiale, datoriile morale se afirmă în deplina lor autenticitate ca paradigmă acțională imanentă subiectului, care se autoguvernează ca agent responsabil liber să discearnă binele și răul, asumîndu-și din convingere lăuntrică acele norme de conduită ce corespund idealurilor, aspirațiilor și nevoilor sale, raportate la cadrul relațiilor interpersonale în care își desfășoară existența. Vreme îndelungată, filozofia morală s-a străduit să simplifice complexitatea datoriei etice, absolutizînd fie dimensiunea ei transcendentă, fie caracterul imanent al imperativelor morale. Teoriile obiectiviste consideră datoriile morale ca norme absolute și imuabile, întemeiate fie de „voința divină", fie pe un principiu metafizic, atribuind „naturii umane" o finalitate supraindividuală, în acord cu originea întregii firi. Contestînd posibilitatea subiectului de a cunoaște transcendentul, apriorismul se menține pe poziții obiectiviste, privind datoria morală ca „imperativ categoric", poruncă necondiționată pe care rațiunea practică și-o dă sieși în virtutea propriei sale alcătuiri formale; deși imanentă subiectului, datoria morală rămîne un principiu absolut și inflexibil, o invariantă supraindividuală și atemporală, întrucît își află temeiul nu în trăsăturile circumstanțiale, ce individualizează personalitatea empirică, ci în structura neschimbătoare a subiectului transcedental.

Invocînd experiența, care dezminte existența unor principii etice absolute, universale și invariabile, teoriile subiectiviste privesc datoriile morale ca simple convenții sociale, schimbătoare odată cu locurile și vremurile, argumentînd dreptul individului de a se conforma normelor consacrate sau de a le încălca, după cum îi dictează meandrele voinței sale suverane.

Controversată este și probleme „facultăților sufletești" prin a căror activitate datoria se impune subiectului — registrul vieții spirituale în care norma morală vibrează în tonalitățile cele mai adînci. Concepțiile intelectualiste (solidare, cel mai adesea, cu perspectivele obiectiviste) privesc datoria în primul rînd ca pe o problemă de cunoaștere, de înțelegere a rolului ce-i revine omului în ordinea cosmică, fie prin intuiție intelectuală (în care imperativul moral este dat nemijlocit ca o certitudine axiomatică), fie printr-o deducție a obligațiilor etice din principii mai generale (metafizice, transcedentale, antropologice etc.). Concepțiile antiintelectualiste restring sau elimină cu totul rolul gîndirii discursive în construirea datoriei morale, a cărei prezență în subiectivitate încearcă să o explice prin spontaneitatea unor trăiri iraționale: iubirea, credința, mila voința etc. Antinomia dintre caracterul transcendent al datoriei morale, care impune individului reguli de conduită mai presus de contingența evenimentelor, și imanența imperativelor etice, pe care individul le respectă întrucît este convins de legitimitatea lor, se poate soluționa dacă individualitatea este înțeleasă ca produs al relațiilor sociale, și nu ca entitate dintru început înzestrată cu autonomie. Consacrate de experiența colectivă ca modele comportamentale ce asigură coerența și stabilitatea edificiului social, datoriile morale sînt întipărite prin educație în deprinderile și obiceiurile individului; pe măsură ce acesta își conturează personalitatea, dobîndind o individualitate mai mult sau mai puțin accentuată, constituirea și existența discernămîntului moral operează o selecție critică a normelor promulgate, instituind, prin autolegiferare, legitimitatea unui cod interior de datorii asumate din convingere și în conformitate cu propriile aspirații.

Angajarea morală antrenează plenar toate registrele vieții sufletești, implicînd atît reflexivitatea care judecă și se susține cu argumente, cît și emoționalitatea care motivează actele morale sau voința de a le săvîrși biruind, dacă este nevoie, piedici, riscuri și suferințe. Situații existențiale de mare tensiune, împinse cîteodată pînă la tragism, se pot ivi din cauza conflictului dintre datorii. Acesta se manifestă pe diferite planuri: fie ca înfruntare între obligațiile morale pe care și le asumă clase și grupuri sociale cu interese antagoniste, avînd proiecte incompatibile de împlinire a personalității umane: fie ca dezacord între datorii consacrate de o tradiție venerabilă și imperative practice deosebite sau chiar opuse pe care le impune progresul social; aderența afectivă, nu numai intențional-proiectivă, a individului la o pluralitate de universuri valorice, datorată unei varietăți de statusuri și de roluri ale acestora, poate de asemenea să antreneze sfîșierea lăuntrică a personalității morale, confruntînd-o cu exigențe etice incompatibile.

44 **DAWSON**(B) *boală* — sin ENCEFALITĂ SUBACUTĂ CU INCLUZIUNI ● Encefalită subacută progresivă, de etiologie virotică, care se întîlnește la copii și adolescenți. Pri-

Scanned with OKEN Scanner

mele cazuri au fost descrise în 1933 de DAWSON în S.U.A. Boala debutează acut cu hipertermie, obnubilare, hemipareză ușoară, hiperkinezii intermitente ale membrelor, sindrom meningeal, edem papilar, demențiere progresivă, incoordonare, convulsii. Evoluția este rapidă spre exitus în cîteva zile sau săptămîni. Anatomic se descriu focare necrotice multiple în creier, hipotalamus, talamus. Examenele paraclinice evidențiază gamaglobuline mult crescute în lichidul cefalorahidian. Singurul diagnostic sigur este confirmarea histopatologică necropsică.

45. **DAXOLIN**(M) S.U.A. — DCI *Loxapină* ● Neuroleptic, derivat dibenzoxazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)dibenz/b,f/-/1,4/oxazepină, cu acțiune antipsihotică bună, fără efecte sedative.

46. **DĂRUIRE DE SINE** ● Trăsătură caracterială manifestată prin disponibilitatea de a se devota unei persoane apropiate sau admirate, unor cauze nobile (de luptă socială, științifice etc.), dincolo de interesele personale; uneori produce ignorarea chiar a instinctului de conservare (autorii marilor descoperiri științifice, geografice, reformatorii sociali, eroii căzuți pe cîmpul de luptă, marii artiști).

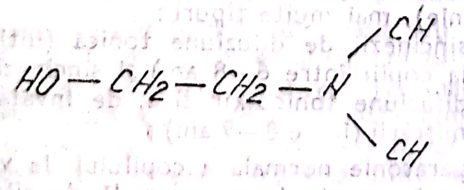
47. **DEADYN**(MC) Elveția, Italia ● Produs terapeutic care conține:

- PEMOLINE(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic;
- L-GLUTAMINE(M) — rooborant proteic.

Are acțiune psihostimulentă.

48. **DEANER**(M) S.U.A. → DEANOL(DCI).

49. **DEANOL**(DCI) (*dimetilaminoetanol* — DMAE) ● Precursor al colinei și acetilcolinei (cu rol important în medierea transmisiei neuronale), are o acțiune stimulatorie și discret antidepresivă. Este indicat în instabilitatea emo-



țională, astenie, afecțiuni cu componentă psihosomatică, depresii minore, corectarea efectelor secundare ale NL. Practic fără efecte secundare și cu o singură contraindicație relativă — epilepsia (se poate administra împreună cu anticonvulsivante, pentru combaterea efectelor secundare ale acestora). Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice:

● Deanol(DCI):
- DEANOL(M) R.F.G.
- LIPARON(M) Brazilia
- PROCHOLIN(M) R.D.G.

● Deanol p-acetamidobenzoate(DCI):
- BIMANOL(M) Polonia
- CERVOXAN(M) Belgia
- DEANER(M) S.U.A.
- DEANOL(M) R.F.G.
- DEAPON(M) Japonia
- DIANOL(M) Italia
- DIFORÉNE(M) Franța
- EASONE(M) Japonia
- ESTORGIE(M) Japonia
- PABENOL(M) Italia

● Deanol hemisuccinate(DCI):
- TONIBRAL(M) Franța, Portugalia

● Deanol pantothenate(DCI):
- PSICOLINA(M) Italia

● Deanol succinilsuccinate(DCI):
- RESUCIL(M) Italia

● DEANOL tartrate(DCI):
- ATROL(M) Anglia
- DIMENOL(M) Japonia
- ETANANIN(M) Japonia
- RECREIN(M) Japonia
- VARESAL(M) R.D.G.

● Deanol valproate(DCI):
- BRAININE(M) Argentina

● Deanol aceglumate(DCI):
- CLÉRÉGIL(M) Elveția, Franța
- DARDANIN(M) Brazilia
- OTRUN(M) R.F.G.
- RISATARUN(M) R.F.G.
- RISCHIARIL(M) Italia.

50. **DEANXIT**(MC) Austria, Elveția, Spania ● Produs terapeutic care conține medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- MELITRACEN(M) — timoleptic, derivat antracenic;
- FLUPENTIXOL(M) — neuroleptic, derivat tioxantenic.

Are acțiune antidepresiv-sedativ-anxiolitică.

51. **DEAPON**(M) Japonia → DEANOL(DCI).

52. **DEBESSE Maurice** (1903—1984) ● Psiholog și psihopedagog francez de renume, care a funcționat ca director și profesor de psihologie pedagogică la Institutul de psihologie al facultății din Strasburg (1945—1956), ulterior la

Scanned with OKEN Scanner

Sorbona (1957—1968), şi ca director în cadrul Universităţii René Descartes din Paris.

Interesul lui DEBESSE este îndreptat spre psihologia copilului şi adolescentului, conduitele specifice acestor vîrste fiind descrise într-un număr remarcabil de lucrări publicate, dintre care enumerăm: „Criza de originalitate juvenilă" şi „Cum trebuie să studiem adolescenţii" (1937); „Etapele educaţiei" (1952), „Psihologia copilului de la naştere la adolescenţă" (în colaborare, 1956); „Tratat de psihologie a copilului" (1970). A contribuit la realizarea unui „Tratat de psihologie aplicată" apărut sub redacţia lui H. PIERON (1949—1959) şi a „Tratatului de ştiinţe pedagogice" împreună cu G. MIALARET (1969—1979).

153. **DEBILITATE MINTALĂ** (cf. lat. *debilitas* „infirmitate, slăbiciune") ● Este gradul cel mai uşor de oligofrenie, constînd din nedezvoltarea memoriei logice, a judecăţii şi raţionamentului, limitarea conţinutului experienţei vieţii, imaturitate şi labilitate emoţională, prezentînd uneori o inegalitate în dezvoltarea funcţiilor psihice; poate fi însoţită de defecte etico-morale. Termenul de debilitate mintală corespunde celui de ÎNTÎRZIERE MINTALĂ UŞOARĂ (după clasificare OMS şi DMS III). Debilitatea mintală cuprinde 80% din totalul întîrzierilor mintale (QI = 50—70, respectiv vîrsta mintală de 9—10 ani). Neasociată de obicei cu anomalii fizice, această deficienţă trece neobservată pînă la vîrsta preşcolară sau şcolară, cînd dificultăţile de învăţare atrag atenţia asupra dezvoltării deficitare a gîndirii, ceea ce impune orientarea către instituţii speciale, în vederea instruirii şcolare şi pregătirii profesionale (de aici şi denumirea americană a acestei categorii de deficienţi ca „educabili").

Gîndirea este concretă, dar operaţiile de generalizare, abstractizare, coordonare sistematică a datelor sînt imposibile; sfera intereselor este mult limitată, afectivitatea săracă, cu caracter instabil. Debilul mintal îşi însuşeşte limbajul oral şi scris şi, în absenţa unei dizarmonii în dezvoltarea personalităţii, poate avea o existenţă independentă, integrîndu-se social şi profesional. Totuşi, imaturitatea afectivă şi discernămîntul redus îl fac deosebit de vulnerabil la influenţa unor factori negativi din mediu; de aceea el necesită urmărire şi protecţie din partea adulţilor, chiar şi după obţinerea independenţei materiale. MIGÉS deosebeşte „debilul armonic", corespunînd formelor tipice de debilitate zisă „simplă" sau „endogenă", care, în condiţii de şcolarizare specializată în instituţii medico-pedagogice sau clase de perfecţionare, se pot integra bine social, şi „debilul dizarmonic" care, pe lîngă deficitul intelectual, prezintă, în grade variabile, diferite tulburări instrumentale (praxii, limbaj) şi de personalitate ridicînd probleme terapeutice deosebite.

Delimitarea debilităţii mintale, mai ales în formele ei uşoare, de normalitate, nu este totdeauna simplă, între aceste două categorii rămînînd o zonă de tranziţie reprezentată de „dezvoltarea intelectuală de limită" (intelectul de limită): liminarul — debilul, „léger" (fr.), „dull", „back-ward", „border-line" (engl.) —, ce cuprinde subiecţi al căror QI este situat între 70—80 (după unii autori — 70—85; 70—95). Elementul esenţial care-l diferenţiază pe debil de liminar este capacitatea de învăţare, capacitatea de adaptare la colectivitate, mai dezvoltate în cazul celui de-al doilea.

54. **DEBILITATE MINTALĂ EUFORICĂ** sin. → BURNS-JASTROVITZ[s] sindrom.

55. **DEBILITATE MINTALĂ POSTTRAUMATICĂ** ● Sindrom de deteriorare, descris de BUSEMANN în 1950, care se desfăşoară pe fondul unor modificări comportamentale de aspect pueril. Raţionamentele subiecţilor sînt insuficient fondate, nelegate de gradul de maturitate şi experienţă individuală reale ale subiectului. Poate evolua spre o demenţiere progresivă.

56. **DEBILITATE MOTORIE**[s] *sindrom* ● Stare patologică congenitală a motricităţii, adesea eredo-familială, caracterizată prin hiperreactivitate osteotendinoasă, frecvent mai accentuată la membrele superioare, hiperextensibilitate musculară, sincinezii, imposibilitatea întreruperii voluntare a contracţiilor musculare (paratonie), mişcări nesigure şi greoiae. A fost descris iniţial de E. DUPRÉ (1907) şi apoi de P. MERKLEN, A. COLLIN şi H. MEIGE.

Din punct de vedere patogenic, sindromul are la bază o insuficienţă, o imperfecţiune a funcţiilor motorii. Din punct de vedere clinic, M. STAMBAK, şi H. LEMAIRE disting, în funcţie de cronologie şi evoluţia în timp a unor simptome ale debilităţii motorii (sincinezii şi paratonie), mai multe tipuri:

- sincinezii de difuziune tonică (întîlnite la copiii între 6—8 ani) şi sincinezii de difuziune tonico-kinetică, de învăţare a mişcării (între 8—9 ani);
- paratonie normală a copilului de vîrstă mică, paratonie subnormală de situaţie şi paratonie subnormală de prestanţă (de cauză afectivă).

Diagnosticul de debilitate motorie presupune existenţa ansamblului de simptome ce

Scanned with OKEN Scanner

caracterizează acest sindrom, manifestările trebuind să aibă o anumită intensitate clinică. Alături de medicaţia maturizantă, terapiile psihomotrice acţionează nu numai asupra fondului tonic (sincinezii sau alte tipuri de activitate), preciziei şi vitezei mişcărilor, ci şi asupra organizării schemei corporale, modificînd corpul în ansamblul său şi mai ales modul de percepţie a aferenţelor emoţionale.

D. M. LEVY şi E. DUPRÉ au descris la nou-născut un sindrom de debilitate motorie fiziologică (sindrom infantil normal psiho-neuro muscular — după A. COLLIN), care, la copiii atrepsici şi cu întîrziere în dezvoltarea sistemului nervos, poate să dureze pînă la vîrsta de 4—5 ani.

57. **DEBIT SANGUIN CEREBRAL** (cf. lat. *debitum* „datorie") ● Cantitatea de sînge (exprimată în ml/minut şi determinată cu ajutorul debitmetrului) care irigă creierul. Are valori variabile în funcţie de regiunile cerebrale şi integritatea morfofiziologică a acestora, precum şi în funcţie de nevoile metabolice cerebrale. Valorile debitului sanguin cerebral sînt de aproximativ 50—54 ml sînge/100 g ţesut/minut, deci cam 750—800 ml sînge/minut pentru întreg creierul, valori mai reduse decît ale debitului circulator renal şi miocardic. Aceste valori nu sînt identice în toate regiunile cerebrale : regiunile frontale şi precentrale au un debit mai ridicat decît cele posterioare şi temporale. Substanţa cenuşie are un debit de patru ori mai ridicat decît substanţa albă. Consumul de oxigen se apropie de 14% din consumul de oxigen al întregului organism (3,4 cm^3/100 g ţesut/minut). Ambele valori — debitul sanguin cerebral şi consumul de oxigen — scad progresiv odată cu înaintarea în vîrstă.

Ţesutul cerebral este foarte sensibil la hipoxie şi hipercapnie, ceea ce presupune o reglare metabolică fină, prin adaptarea debitului circulator la nevoile activităţii neuronale. Reglarea nervoasă permite ajustarea precisă a circulaţiei cerebrale, acţionînd sinergic cu cea humorală. În condiţii normale, debitul sanguin cerebral creşte moderat în somnul lent şi accentuat în timpul somnului paradoxal.

Senescenţa determină dispariţia sau diminuarea aspectului heterogen al circumvoluţiunilor cerebrale. Debitul sanguin cerebral, mai ridicat în lobii frontali în condiţii normale, diminuează în senescenţă, ceea ce reprezintă un aspect important, regiunea frontală fiind cea mai implicată în programarea comportamentului şi creativităţii. Senescenţa cerebrală ar fi supusă aceloraşi factori determinanţi ca şi senescenţa tisulară în general. Este considerată deci ca un fenomen celular primar, avînd însă corelaţii biochimice cu veritabile stări patologice, aşa cum sînt demenţele organice.

În timpul activităţii intelectuale, debitul sanguin creşte cu 10—15% în regiunea prefrontală. Ischemiile cerebrale, care afectează total sau parţial un teritoriu vascular dependent de carotida internă sau de una din ramurile ei, pot fi rezultatul unei embolii cerebrale sau al altor influenţe hemodinamice.

Toate stările comatoase sînt însoţite de scăderea debitului sanguin cerebral, scădere corelată cu gradul de profunzime al comei (coma depăşită are drept corolar stoparea totală a circulaţiei cerebrale). Epilepsiile determină, în cursul episodului critic, o creştere marcată a debitului sanguin cerebral, creştere care persistă, după unii autori, într-o măsură mai mică în perioadele intercritice la nivelul focarului epileptogen.

58. **DEBIT VERBAL** ● Expresie care se referă la aspectul cantitativ al activităţii verbale. Tulburările debitului verbal în sensul creşterii acestuia, constau în : hiperactivitate verbală simplă (vorbăria, bavardajul) întîlnită în situaţii normale mai frecvent la femei, iar în patologie, în stările anxioase (cînd poate avea un caracter compensator pentru insecuritate) şi la personalităţi isterice şi paranoiace ; logoreea, care realizează o creştere de debit dar şi de ritm verbal, este frecvent întîlnită în stările de excitaţie din intoxicaţiile uşoare, în stări hipomaniacale şi maniacale. Diminuarea debitului verbal poate îmbrăca o formă simplă, întîlnită la persoane timide sau hiperemotive, la personalităţi psihastenice şi în stări depresive, putînd ajunge însă pînă la inactivitate verbală, cunoscută sub numele de mutism → BAVARDAJ ; MUTISM.

59. **DEBLOCARE** (fr *débloquer*) ● Suspendare sau anulare a unui blocaj afectiv, care barează exteriorizarea unui conţinut mintal, în formă expresiv-verbală sau comportamentală. În funcţie de particularităţile individuale ale personalităţii şi de cauzele blocajului, se diferenţiază mai multe tehnici de deblocare : prin substanţe psihotonice, electroşoc, psihoterapii individuale şi de grup de tip analitic, comportamental, creativ, socioterapie → BLOCAJ ; PSIHOTERAPII.

60. **DÉBRUMYL**(MC) Franţa ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu aceeaşi acţiune, care se complementează. Este compus din :

● DEANOL PIROGLUTAMAT(M) — nooanaleptic, derivat dimetilaminoetanol ;

● HEPTAMINOL(M) — roborant proteic. Are acţiune psihostimulatoare.

61. DEBUT (fr. *début*) ● Problema debutului bolilor psihice oferă obiectul unei analize sistematice de care se leagă nu numai diagnosticarea corectă, ci şi instituirea precoce a tratamentului cu modificarea semnificativă a evoluţiei ulterioare. Dacă în cazul reacţiilor şi al sindroamelor psihoorganice acute se poate stabili relativ uşor momentul declanşării tulburărilor, legate într-o relaţie temporală evidenţiabilă de factorul cauzal, acest lucru nu mai este posibil în cazul dezvoltării şi al sindroamelor psihoorganice cronice, al demenţelor şi al endogeniilor.

Situaţia dizarmoniilor de personalitate este încă şi mai dificilă, neexistînd la ora actuală nici un fel de criteriu sistematic pentru a preciza momentul ruperii echilibrului trăsăturilor de personalitate (care după mulţi autori preexistă). La aceasta se adaugă în plus faptul că acest diagnostic nu se poate afirma (după majoritatea autorilor) înainte de o anumită vîrstă — de obicei sfîrşitul adolescenţei.

Polimorfismul clinic al debutului unor afecţiuni determină plasarea psihiatrului în faţa unui tablou de variante în care adesea nu se poate opera decît cu criteriul expectanţei. Dacă în trecut acest lucru era tipic doar pentru paralizia generală progresivă, în patologia actuală acest destin este împărtăşit de schizofrenie, boală ale cărui tipuri de debut includ practic, după ultima clasificare, toată patologia psihică (supraacut confuzional, acut oneiroid sau oniric, subacut-comportamental, insidios pseudonevrotic, obsesivo-fobic, neurasteniform sau insteriform). Este evidentă dificultatea diagnosticului şi a stabilirii entităţii căreia îi aparţine debutul, cu atît mai mult atunci cînd psihiatrul nu posedă o nuanţată cunoaştere a psihopatologiei şi a unor fenomene cu caracter atipic.

Spre deosebire de medicina internă, dar şi de alte ramuri medicale, în psihiatrie nu se poate stabili o corelaţie între acuitatea debutului şi evoluţia sau prognosticul ulterior. Astfel, tablourile simptomatice de debut ale adolescenţei sînt adesea deosebit de zgomotoase, fiind urmate de remisii fără defecte semnificative. În mod contrar, demenţele pot debuta deosebit de discret pentru a ajunge la un prognostic fatal. Un caz de-a dreptul paradoxal îl reprezintă psihozele afective, unde un episod maniacal, de exemplu, poate debuta printr-un sindrom depresiv de scurtă durată.

Deşi diagnosticul de la debut, deci în afara unui tablou tipic al bolii, este o piatră de încercare pentru psihiatrie, rămînînd apanajul performerilor profesionali, trebuie subliniat că expectanţa nu este în nici un fel legată de ignoranţă sau de ignorarea simptomatologiei, ci rămîne un criteriu psihopatologic fundamental.

62. DEBUT CATAGENETIC (fr. *début* ; cf. gr. *kata-* ; *genesis* „origine, generare") ● Termen introdus de J. LOPEZ IBOR şi W. SPIEGELBERG pentru a desemna debutul unei afecţiuni somatice severe apărute în legătură cu trăiri conflictuale grave, care ar fi de fapt factorul patogenetic al afecţiunii (scleroză difuză, colită ulceroasă etc.).

63. DEBUT MEDICO-LEGAL ● Formă de debut brusc al unor boli psihice prin comiterea neaşteptată a unor acte antisociale. Se întîlneşte în schizofrenia paranoidă (comportament sexual aberent, agresiuni cu caracter absolut, omor patologic etc.) şi hebefrenică (furturi, înşelătorii etc.), manie (furturi, jocuri de noroc, ultraj, exhibiţionism), paralizia generală progresivă (furt patologic, absurd, exhibiţionism, atentate la pudoare, scandaluri, ultraj etc.).

64. DECACIL PLUS(M) Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

65. DECALAJ (fr. *décalage*) ● Termen care în psihologia copilului desemnează intervalul de timp scurs între soluţia practică a unei probleme şi înţelegerea ei de către copil. J. PIAGET relevă existenţa unor „decalaje de nivel", de comprehensiune, la unul şi acelaşi copil (decalaje verticale) şi între copiii solicitaţi în mod egal sub raportul conduitelor (decalaje orizontale), datorate gradului specific de activism, propriu fiecărui stadiu din psihogeneza inteligenţei. Decalajul poate indica şi dezacordul sau nepotrivirea de principii dintre doi interlocutori, chiar în ciuda unor particularităţi caracteriale asemănătoare, al unei identităţi de statut sau este expresie a unei discrepanţe de nivel cultural şi intelectual.

66. DECA-PERAZINE(M) Canada — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo / 4,3-a / piridin-3(2H)-onă, cu acţiune antidepresivă şi valenţe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

67. DECA-POXYDE(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodia-

zepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

68. **DECA-PROPION**$^{(M)}$ Canada — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acţiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină şi dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central, şi valenţe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicaţia majoră o constituie narcolepsia, dar poate fi utilizat şi în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependenţă. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

69. **DECAPTARE** (cf. lat. *de-*, prefix negativ ; captare „a prinde") ● Termen care, figurativ, se referă la acţiunea sau atitudinea de restituire sau eliberare a obiectului, persoanei, sentimentelor etc. care fuseseră anterior captate, interceptate sau cîştigate prin mijloace reprobabile (forţă fizică, presiuni psihologice, insinuări etc.). Se poate datora unui altruism circumstanţial (sau dimpotrivă egoismului, spiritului de conservare) al persoanei care în trecut se manifestase captant sau captativ.

70. **DECATRIPTYN**$^{(M)}$ Canada — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$.

71. **DECENTAN**$^{(M)}$ Austria, R.F.G., Spania — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkil-fenotiazinic de tip 2-clor-10-/3-/4/(2-hidroxietil)piperazin-1-il/-propil/fenotiazină, indicat în endogenii acute şi cronice, cu valenţe anxiolitic-sedativ. Formele dépôt se utilizează în terapia de durată, în condiţii de ambulator.

72. **DECENTRARE** (cf. lat. *de-*, prefix negativ ; *centrum*) ● Termen prin care J. PIAGET înţelege mecanismul de coordonare a mai multor centrări, avînd drept rezultat trecerea de la subiectivitate la obiectivitate. După nivelul la care se întîlneşte acest mecanism, se descriu :

- decentrarea perceptivă, care se realizează la nivelul percepţiilor şi determină o reglare între componentele obiectului ;
- decentrare ideativă, care se realizează la nivelul conceptelor, prin coordonări reversibile ce permit construirea raţionamentelor ;
- decentrare afectivă, caracterizată prin interes pentru sursele de plăcere, diferite de propia acţiune.

În psihopatologie se întîlnesc frecvent modificări ale fenomenelor decentrării ideative şi afective. Ele sînt diminuate sau exacerbate în funcţie de caracteristicile procesului morbid, mai exact de modul în care procesul morbid influenţează orientarea activităţii subiectului în raport cu realitatea. La nevrotic, decentrările nu sînt grav afectate, percepţia realului şi raţionamentele în situaţii date fiind modificate doar în măsura în care ele sînt guvernate de un scop fictiv, în sensul de idealizat ; astfel, decentrările pot fi întărite, în scopul în care nevroticul resimte acut, în nevroza obsesională, insecuritatea (decentrările capătă semnificaţie compensatorie) ; la isteric se produce o alternanţă a fenomenelor de centrare şi decentrare în cadrul schimbărilor comportamentale pseudoadaptative. În dizarmoniile de personalitate, în genere, decentrările se estompează, coordonările acţiunilor în funcţie de realitate fiind marcate de dezechilibrul atitudinal, de deformarea nucleului caracterial. În psihoze, în special în schizofrenie, pot exista modificări grave la toate cele trei niveluri ale decentrării. Aici obiectivitatea este profund alterată, coordonările dintre centrări se rup ; există fie centrări exclusive, nelegate între ele, fie centrări destructurate, mai ales la nivelul raţionamentelor în situaţie şi al trăirii diferitelor relaţii ; această destructurare nu revine la fenomenul decentrării întrucît decentrarea presupune în mod definitoriu coordonare.

73. **DECIZIE** (cf. lat. *decidere* „a tranşa, a aranja ceva") ● Modalitate de alegere sau hotărîre a unei soluţii, într-o situaţie a cărei evoluţie nu se poate aprecia cu certitudine, subiectul trebuind să opteze pentru o variantă anume, din mai multe variante posibile ; decizia, ca act, presupune depăşirea unui impact cognitiv sau afectiv, a unui conflict real sau posibil, perceput sau resimţit de subiect ca atare. Aşadar, actul decizional este cerut de acele situaţii cu grad crescut de incertitudine, în care există mai multe căi de rezolvare, deci de acţiune, aceste căi avînd probabilităţi diferite de utilitate şi de succes. Decizia, ca act de alegere, este susţinută de unul sau mai

multe motive, care predomină în funcție de situația dată și de modul particular în care persoana se raportează la situație. Etapele deciziei (după P. POPESCU NEVEANU) sînt:

- identificarea principalelor variante de acțiune și aprecierea eficienței acestor variante;
- ierarhizarea efectelor previzibile după două criterii: utilitatea (subiectivă) și valoarea socială (obiectivă);
- aprecierea șanselor de reușită și eșec pentru fiecare variantă de acțiune (aprecierea se face în termen de probabilitate);
- adoptarea unei strategii de acțiune;
- etapa „dilemei" sau „structura alternativelor", constînd în aceea că o variantă de acțiune cu probabilitate mare pentru un cîștig mic se confruntă cu o variantă de acțiune cu probabilitate mică pentru un cîștig mare;
- alegerea propriu-zisă a variantei de acțiune considerate optime, variantă care le înlătură pe celelalte (structura alternativelor este anihilată).

În condițiile în care informațiile din situația prezentă oferă o soluție certă, nu este vorba de o activitate decizională. Decizia propriu-zisă înseamnă alegerea și/sau elaborarea unui model de acțiune în condiții de incertitudine. Dinamica motivelor, într-un act decizional, se structurează în forma jocului, după cum urmează: „jocul contra naturii" (situații în care factorii aleatori extrapersonali generează gradul de incertitudine); „jocul contra sine" (situații în care adversarul de joc este propia persoană, confruntarea se produce în plan intraindividual); „jocul pluripersonal" (confruntarea se petrece în planul relațiilor individului în cauză cu alte persoane) (după P. POPESCU NEVEANU). Decizia exprimă și caracterul sau calitatea relației dintre subiect și situația de rezolvat; în această perspectivă există: decizii care reflectă o poziție de inferioritate (persoana își apreciază disponibilitățile ca fiind inferioare exigențelor situației); decizii care reflectă o poziție de echilibru (persoana își apreciază forțele proprii ca fiind, în mod real, concordante și suficiente pentru depășirea dificultăților în rezolvarea situației); decizii care reflectă poziția de superioritate (sentimentul persoanei pînă la certitudine, că situația poate fi stăpînită și rezolvată eficient). Categoriile de poziții și categoriile de „jocuri" implică, la rîndul lor, tensiunea creată de nivelul aspirațiilor individului, ideale sau reale, concordanța sau discordanța, așa cum este ea apreciată de persoană, între acest nivel și posibilitățile obiective, personale și extrapersonale.

Actul decizional în perspectivă psihopatologică. Nevroticul, în genere, întîmpină dificultăți în luarea deciziei, pe de o parte datorită faptului că el se raportează la scopuri ideale, pe de altă parte datorită motivelor profunde care împiedică libertatea alegerii și a căror conflictualitate epuizează tensiunea optimă pentru deliberare. Obsesionalul, dată fiind înclinația sa accentuată spre introspecție și raționalizare, se ancorează în etapa dilemei, multiplică alternativele, ajunge la o echiprobabilitate a succesului și eșecului pentru fiecare alternativă, deci la imposibilitatea de a renunța (alegerea implică renunțare). Astfel, obsesionalul preferă să îndeplinească o decizie care i se impune de către altcineva, evitînd o alegere proprie. Istericul ia frecvent decizii „instrumentale", după criteriul utilității subiective și în detrimentul utilității obiective, conform unui scop ideal, conform a ceea ce el ar dori să obțină, dincolo de posibilitățile sale reale. Personalitățile accentuate hipertime iau decizii rapide, scurtcircuitînd unele din etapele premergătoare; varianta optimă, la acești subiecți, revine la o alegere pe care ei o resimt afectiv ca optimă, o variantă la care ei nu ajung prin inferențe și argument logic, ci prin entuziasm, prin tentație. Personalitatea paranoiacă parcurge corect, din punct de vedere formal, etapele care conduc la decizia propriu-zisă, stăpînind bine rigoarea formelor; alegerea lui se va îndrepta spre acea variantă de acțiune cu probabilitate mică de cîștig mare. Paranoicul își susține alegerea printr-o mare participare afectivă, la el rigoarea formei logice și tonusul afectiv plasîndu-se la același nivel. Decizia paranoiacului este deficitară sub aspectul conținutului, al raportului dintre idee și realitate. În plus, la paranoiac realizarea deciziei devine implacabilă; acest subiect este ireversibil în ceea ce privește hotărîrile sale, structurarea formală a hotărîrii este puternică, comportamentul de acțiune nu poate fi modelat de vreo intervenție din afară a unei alte persoane sau de modificări ale elementelor obiective ale situației. Timopatul depresiv întîmpină dificultăți în luarea deciziilor, întrucît la el există o insuficiență a scopului și a motivației. Personalitățile impulsive nu iau, propriu-zis, o decizie, ci acționează primar, non-mediat, sub influența stării de afect declanșate într-un moment anume. În psihoze, actul decizional suferă o distorsiune severă, practic nu poate fi vorba de luarea unor hotărîri, ci de gesturi aberante, între aceste gesturi și situația reală neexistînd o concordanță care să determine

Scanned with OKEN Scanner

eficienţa actului. În depresia profundă, subiectul este lipsit de elan vital şi în imposibilitate de elaborare a unui scop ; actul suicidar ca act decizional are loc în faza de intrare în depresia profundă sau în faza terminală. În general, psihoticul nu are o activitate decizională ; nu este vorba aici de alegeri susţinute de o intenţionalitate conştientă, ci de acţiuni cu o motivaţie delirantă sau bizară, deficitare atît sub aspectul coerenţei lor interioare cît şi sub aspectul raportului lor cu realitatea, dat fiind faptul că la psihotic este semnificativ afectat simţul realului, producîndu-se simultan şi o modificare a personalităţii.

74. **DECODIFICARE** (cf. fr. *décodifier*) ● Proces de transformare a semnalelor unui mesaj în vederea identificării şi interpretării mesajului de către destinatar. Analizatorii constituie un prim sistem de decodificare a informaţiilor din mediu în vederea transformării lor în flux nervos. Creierul decodifică influxurile nervoase în vederea obţinerii senzaţiilor, senzaţii care ulterior sînt decodificate prin transpunere în cuvînt. Cuvîntul reprezintă forma naturală sub care informaţia este prelucrată de către psihic, facilitîndu-i înţelegerea realităţii. Comunicarea verbală, specifică omului, necesită operaţia de decodare pentru înţelegerea mesajelor, absolut necesare în cadrul relaţiilor sociale. În sens mai larg, prin decodare individul asimilează o întreagă gamă de influenţe socioculturale, care condiţionează adaptarea lui socială. Înlănţuirea de decodificări, care se finalizează cu înţelegerea realităţii, presupune integritatea morfofuncţională a întregului sistem nervos.

În clinica psihiatrică (ca de altfel în medicină în general), decodificarea este un proces care funcţionează din momentul instituirii relaţiei medic-pacient. Psihiatrul va încerca să decodifice, de la primele cuvinte ale subiectului său, mesajul pe care aceasta doreşte (conştient sau nu) să i-l comunice, pentru a reconstitui, după modelul său nosologic, un model propriu subiectului. Decodificarea poate fi deficitară la bolnavul psihic, cînd acesta nu găseşte, total sau parţial, codul — cheie a interpretării realităţii obiective de către propriul său psihism. În bolile psihice care, din punct de vedere al teoriei informaţiei, pot fi considerate anomalii de comunicare, există o serie de modalităţi în care este perturbată decodificarea. Astfel, iluziile pot fi considerate decodificări eronate ale percepţiilor, interpretativitatea delirantului poate fi o decodificare eronată a unor mesaje verbale sau vizuale, decodificare ce nu ţine cont de contextul real, ci încadrează mesajul într-un context aberant.

75. **DECOMPENSARE** (cf. lat. *de-*, prefix negativ ; compensare „a cumpăni, a compensa") ● Stare de epuizare sau de depăşire a resurselor funcţionale ale unui organ, sistem (decompensare cardiacă, respiratorie etc.). În psihiatrie, prin decompensare este desemnat dezechilibrul apărut la un moment dat în dinamica personalităţii, datorită unui deficit al mecanismelor compensatorii (care în mod normal ar trebui ca prin intervenţia lor să menţină echilibrul). Acest deficit este la rîndul să rezultatul epuizării, depăşirii resurselor psihice existente, sau poate constitui relevanţa unor elemente patologice rămase latente pînă în momentul decompensării. Deşi acest cadru descriptiv oferă un grad mare de manevrabilitate formulării diagnosticului, el nu este în general dublat de rigoare sau precizie.

La personalităţile normale, decompensarea se produce sub acţiunea unei psihotraume puternice, cu apariţie brutală. Mecanismele compensatorii trebuie să acţioneze — şi acţionează — rapid şi eficace. Decompensarea apare după trecerea unui anumit timp de la trăirea evenimentului psihotraumatizant şi se datorează unei epuizări de moment a substratului dinamo-energetic (epuizare comprehensibilă dacă luăm în considerare efortul mare şi timpul scurt în care a trebuit să se producă), şi nu unui defect constituţional al mecanismelor compensatorii adaptative. Din acest motiv, la personalitatea normală echilibrată decompensarea va fi de scurtă durată (timp necesar refacerii substratului dinamo-energetic) şi spontan remisibilă (deficitul este momentan şi nu constituţional).

La personalităţile dizarmonice, echilibrul psihic şi adaptabilitatea sînt fragile, precare. Mecanismele compensatorii care contribuie la menţinerea acestui echilibru sînt deficiente prin însăşi structura personalităţii. În momentul apariţiei unui eveniment psihotraumatizant, echilibrul va fi uşor de perturbat şi greu de restabilit. În stările postprocesuale cu greu se poate admite ideea de decompensare, deoarece „defectul postschizofrenic" este în fapt gradul de „compensare" a pierderilor provocate de episodul acut; apariţia unui nou episod acut nu poate echivala cu o decompensare, deoarece el va fi urmat fie de un alt tip de defect, fie de o accentuare a celui iniţial. Decompensările nevrotice reprezintă, în acelaşi mod, doar aspecte ale unei patologii cu evoluţie cronică într-un moment sau altul, în funcţie şi de circumstanţele existenţiale ale traiectoriei

sociofamiliale şi profesionale a subiectului. În patologia presenilităţii şi a senilităţii compensările îşi au originea în diminuarea eficienţei psihice globale, deci şi a mecanismelor adaptative şi compensatorii. Aparenta libertate diagnostică pe care o conţine sensul decompensării a condus, nu de puţine ori la formulări în care ordonarea intensităţilor era absentă, amalgamul psihoză-nevroză fiind suveran.

Decompensarea nu este o „acutizare" a unei afecţiuni cronice, ci un dezechilibru apărut în dinamica existenţei unei personalităţi cu o structură particulară, astfel incit folosirea termenului pentru a desemna o „decompensare" psihotică a unei psihoze sau o decompensare depresivă (de exemplu) a unei nevroze pare a fi impropie. Atît nevroza cît şi psihoza sînt afecţiuni a căror evoluţie cronică este punctată (ca şi în cazul tuturor afecţiunilor cronice) de perioada de acutizare şi de perioada de stagnare, de remisie.

Multiplele motive expuse mai sus îndeamnă la păstrarea unei atitudini reticente faţă de acest termen, dispărut din toate clasificările moderne nosologice, ca şi din alte formulări diagnostice în scop epidemiologic sau de cercetare.

76. **DECONDIŢIONARE** (cf. lat. *de-*, prefix negativ ; fr. *conditionner*) ● Proces terapeutic derivat din psihologia experimentală a învăţării şi destinat eliminării unor tulburări emoţionale de tip nevrotic. Reprezintă metoda de bază a terapiei comportamentale, numită uneori şi terapie prin decondiţionare. Conform teoriei care fundamentează decondiţionarea, comportamentul nevrotic este un răspuns neadaptativ, învăţat prin condiţionare, care persistă vreme îndelungată, chiar după ce situaţia anxiogenă care a determinat condiţionarea a fost modificată. Această persistenţă se datorează unei mai mari sau mai mici asemănări dintre stimulii noi şi cei care au determinat iniţial starea de anxietate. Mecanismul principal prin care se produce decondiţionarea răspunsurilor nevrotice este inhibiţia reciprocă (→CONTRACONDIŢIONARE). Pe parcursul timpului au apărut numeroase tehnici de terapie prin decondiţionare, dintre care, după frecvenţa utilizării lor, mai importante sînt :

● *Desensibilizarea sistematică*: tehnică introdusă de WOLPE, în care subiectului, adus într-o stare de relaxare profundă, i se cere să-şi imagineze o serie de scene ordonate în prealabil ierarhic, în funcţie de potenţialul lor anxiogen. Sînt prezentate mai întîi imaginile cu un potenţial anxiogen redus, urmate de cele cu potenţial anxiogen ridicat. Fiecare imagine din ierarhie este prezentată în mod repetat, pînă în momentul cînd capacitatea sa de a declanşa o trăire anxioasă dispare complet.

● *Imersia* : subiectul este expus, în imaginaţie sau in vivo, direct situaţiei anxiogene. Iniţial el trăieşte starea de anxietate la nivelul său maxim, după care aceasta diminuează pînă la dispariţia completă. Deşi nu se cunoaşte exact mecanismul prin care se produce stingerea răspunsului neadaptativ, se presupune că este vorba de un proces de obişnuire.

● *Modelarea* : subiectul observă o altă persoană cu un comportmanet pe care el nu-l poate realiza datorită trăirilor afective neplăcute care îl însoţesc. Mecanismul prin care acţionează modelarea este cel al observaţiei şi al imitării.

● *Antrenamentul afirmării de sine* : afirmarea de sine este definită de WOLPE (1973) ca o exprimare emoţională corespunzătoare faţă de altă persoană. Metoda este utilizată mai ales în tratamentul anxietăţii care apare în relaţiile interpersonale. Constă dintr-o combinare de tehnici cum ar fi : modificarea autoverbalizărilor în situaţiile care implică o relaţie interpersonală ; jocul rolului în care terapeutul reprezintă persoana faţă de care subiectul reacţionează anxios, iar acesta se reprezintă pe sine. Terapeutul se comportă într-un mod cît mai asemănător cu acea persoană, iar subiectul răspunde în felul său obişnuit, care este modificat treptat, astfel incit să devină corespunzător.

Terapia prin decondiţionare se aplică în fobii, nevroze anxioase, depresive, ticuri, disfuncţii sexuale etc.

77. **DECONTRACTYL**(M) Elveţia, Franţa — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

78. **DECORATIVE**(H) *halucinaţii* (fr. *décoratif* ; cf. lat. *decorare* „a împodobi") ● Halucinaţii vizuale, lipsite de dinamism, care se prezintă sub forma unor motive decorative : desene florale, forme geometrice, arabescuri etc., care îmbogăţesc elementele realităţii, fiind percepute de subiecţi fără un răsunet afectiv deosebit sau, mai rar, cu unul pozitiv. Sînt rar întîlnite, în special în intoxicaţii cu produse halucinogene, în clinica pedopsihiatrică şi în patologia organică, mai ales cea de involuţie.

79. **DECRETEN**(M) Danemarca, Elveţia — DCI *Pindolol* ● Betablocant de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism, ca adjuvant în combaterea sevrajului. Nu se

Scanned with OKEN Scanner

administrează în depresii şi nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

80. **DECULTURAŢIE** (*de-*; cf. lat. *cultura*) ● Proces psihosocial prin care un individ sau un grup social elimină elemente ale unei culturi anterioare. Fenomenul se întîlneşte la emigranţi, la populaţiile strămutate. Reprezintă un proces opus celui de aculturaţie → ACULTURAŢIE.

81. **DEDIFERENŢIERE** (cf. lat. *de-*; fr. *différencier* : v. lat. *differentia*) ● Termen propus de H. JACKSON pentru a evidenţia regresia proceselor complexe ale psihismului către simplu şi amorf, însoţite de o diminuare a activităţii în ansamblu, avînd drept cauză leziunile cerebrale.

82. **DEDUBLARE** (cf. fr. *dédoubler*) ● Simptom psihic deosebit de complex atît în manifestare, cît şi în determinările sale psihopatogenice, dedublarea se înscrie în sfera tulburărilor conştiinţei propriului Eu, făcînd parte din sin-

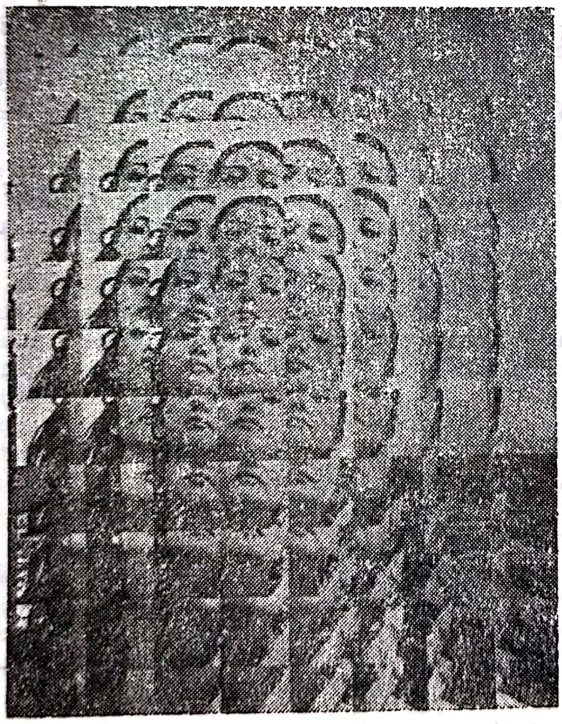


Foto : Sigeriu Ilumi

dromul de depersonalizare. Devenit din subiect obiectul de percepţie a propriei realităţi, subiectul se află în neplăcuta situaţie de a asista la propria viaţă „ca la un spectacol dat de altcineva" (FROMENTIN). Ruperea acţiunii de gîndire poate merge pînă la antiteză şi heautoscopie (KRISHABER, SIVADON).

Vecinătatea strînsă a automatismului mintal cu dedublarea, apropiate prin acelaşi sistem de constrîngere, de pierdere a libertăţii interioare (FOLLIN, AZOULAY), l-au determinat pe H. EY să vorbească despre „experienţa de dedublare" sau „sindromul halucinator de dedublare". „*Halucinaţia apare aici în suprema sa grandoare*", obiectul ei fiind de această dată însăşi realitatea halucinantului, care îşi găseşte expresia în propriul limbaj şi în propria gîndire percepută ca străină. În clarobscurul cîmpului conştiinţei, subiectul se angajează într-un dialog fantasmatic cu un interlocutor care nu este altcineva decît el însuşi. Dedublarea denaturează spaţiul interior al subiectului, ceea ce — în sensul afirmaţiei lui MERLEAU-PONTY „structura spaţiului propriu este ceea ce protejează omul sănătos împotriva delirului şi halucinaţiilor" — deschide larg porţile psihopatologiei. Astfel, graniţele dintre lumea internă şi cea externă se rup tocmai din această poziţie dublă şi ambiguă a Eului, care „comunică" din afară, devenit „voce şi semn". Lipsa de unitate a conştiinţei în aspectul ei alternant deschide calea realităţii multiple, independentă şi disociată de percepţie, în care Eul nu mai descifrează semnele realului ci le substituie, autodescifrîndu-se ca înlocuitor de realitate.

Dedublarea personalităţii este, aşa cum arată majoritatea autorilor, un fenomen extrem de rar, legat de o capacitate deosebită de funcţionare a mecanismelor de apărare ale subiectului, care îşi neagă şi propiul Eu (întrucîtva această modificare este similară cu bolile autoimune, în care mecanismele de apărare imunitară atacă, distrug şi transformă „selful", ne mai recunoscîndu-l ca propriu).

Eul nu se substituie aici realităţii, ci este respins odată cu o parte a acesteia, pentru a fi substituit cu o altă realitate precisă, care nu poate fi admisă în toate coordonatele sale decît de un alt Eu. Realitatea devine astfel concretă şi poate fi partajabilă şi admisibilă, după exigenţe afective (ca nucleu primitiv al personalităţii). Spre deosebire de dedublarea din cadrul sindromului de depersonalizare, dedublarea isterică se desfăşoară secvenţial, păstrînd „normale" raporturile cu spaţiul şi fiind ordonată în timp.

Din categoria fenomenelor de dedublare face parte şi heautoscopia, ca „percepţie" eidetică a imaginii propriului corp proiectat în spaţiul perceptual. Clarobscurul stării de conştiinţă însoţeşte aproape de regulă şi această dedublare, care este favorizată de perioada hipnagogică, stări de epuizare, epilepsia temporală. Sentimentul de apartenenţă fizică şi morală

este, după SOLLIER, caracteristic acestei tulburări, care apare la personalităţile psihastenice, în schizofrenie, sechele postencefalitice.

83. **DEDUCŢIE** (cf. lat. *deducere* „a trage, a scoate din, a face să iasă din") ● Tip fundamental de raţionament în care, din premise generale (aserţiuni), se ajunge, prin stabilirea unor relaţii de necesitate, la o concluzie asupra unui fapt particular. Este deosebită de inducţie (prin inducţie, ca formă de raţionament, se operează trecerea de la fapte şi legi particulare la concluzii care reflectă legi generale ; inducţia se bazează în primul rînd pe experienţă, iar probabilitatea rigorii concluziei este mult mai mică decît în cazul deducţiei). Aşadar deducţia presupune o trecere de la general-categorial la particular, iar inducţia o trecere de la particular la general. Tipul fundamental de deducţie, operînd cu judecăţi categorice, este silogismul, în care specia se subordonează genului. Există, de asemenea, deducţii ipotetice, disjunctive, naturale etc. Condiţia logică a deducţiei este următoarea : dacă premisele sînt adevărate, concluzia este adevărată. În sfera normalităţii este imposibil ca premisele să fie adevărate şi concluzia falsă, dar dacă premisele sînt false, concluzia poate fi adevărată sau falsă. O deducţie corectă din propoziţii adevărate se numeşte demonstraţie. După E. GOBLOT, deducţia presupune necesitatea unor relaţii ; ea arată relaţiile necesare, concluzia decurge cu necesitate din premise, iar raţionamentul se desfăşoară pe planul logic al conceptelor.

Capacitatea deductivă a individului, de folosire a acestui instrument „strategic" al gîndirii, este în corelaţie cu gradul de inteligenţă şi cu capacitatea critică la un moment dat. În acest sens, stările deficitare şi deteriorarea organică sînt primele cauze de alterare a capacităţii de deducţie. Tulburările afective grave, psihozele de tip delirant, se situează într-un plan etiopatogenic secundar. Deducţiile false (indiferent dacă premisele sînt adevărate sau false) sînt specifice unor deliruri de tip interpretativ.

84. **DEE**[M] S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N,α-dimetilfenetilamină, cu acţiune şi indicaţii similare cu ale AMFETAMINEI şi cu acelaşi risc al dependenţei.

85. **DEFECT FUNCŢIONAL** (cf. lat. *defectus* „pierdere, slăbire") ● Termen introdus de BALINT, care desemnează un deficit apărut în cursul primei dezvoltări a individului. Acest deficit ar reprezenta efectul disproporţiei între trebuinţele primare ale individului (cerinţele sale) şi îngrijirile care i se acordă. Defectul funcţional se caracterizează, după BALINT, prin următoarele aspecte :

- relaţia subiect-obiect este exclusiv bipolară (nu există o a treia persoană) ;
- această relaţie este eterogenă comparativ cu relaţia oedipiană ;
- această relaţie este acţionată de o forţă dinamică profundă, forţă care, în sine, nu reprezintă un conflict ;
- limbajul adult este impropriu pentru a explica ceea ce se petrece la nivelul acestei relaţii.

Defectul funcţional ar fi rezultatul unei carenţe afective în cadrul relaţiei copilului cu familia sa.

86. **DEFECT DE HIPOXANTIN-GUANIN-FOSFORIBOXIL-TRANSFERAZĂ** — sin. GUTĂ INFANTILĂ CU ALLOPURINOL $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LESCH-NYHAN[B] boală.

87. **DEFECTUAL** — *stadiu* ● În sens larg, termenul are înţelesul de sechelar, marcînd orice deficit senzorial, motor, intelectual, apărut după o afecţiune cerebrală, psihică sau generală.

În sens restrins, constituie etapa în care predomină o simptomatologie stabilă, rezultată în urma unui proces de tip schizofren. Defectualitatea schizofrenă a fost introdusă ca noţiune fundamentală în definiţia bolii. Episoadele evolutive pornesc întotdeuna de la defectul anterior, provocînd de regulă o creştere a gradului acestuia. HUBER defineşte ca „defect pur" acel tip de defect care este atît de redus încît nu poate fi pus în evidenţă de psihiatru decît în corelaţie cu un episod psihotic acut. Această defectualitate minimă se manifestă în special pe plan afectiv, la nivelul modulării emoţionale.

Unii autori încadrează bolnavii defectuali în categoria stărilor psihopatoide, subliniind dificultăţile adaptative pe care aceştia le înregistrează, ca şi dezechilibrul constituit pe planul afectiv-voliţional şi instinctual.

88. **DEFEKTON**[M] Japonia — DCI *Carpipramină* ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă reunind un segment al NL sedative specific derivaţilor butirofenonici (HALOPERIDOLULUI) cu un segment al antidepresivelor timoleptice specific derivaţilor dibenzazepinici (IMIPRAMINEI) şi realizînd în final o structură de tip 1'-/3-(10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină-5-il)-propil/-(1,4'-bipiperidină)-4'-carboxamidă, cu acţiune timoleptic-sedativă moderată, indicat în psihogenii şi reacţii cu componentă

depresivă, sindroame depresive consecutive sevrajelor, cît şi în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibate şi delirante, în asociere cu un NL sau cu un antidepresiv, în funcţie de tabloul clinic.

89. **DEFICIT** (fr. *déficit* ; cf. lat. *deficere* „a lipsi, a înceta, a părăsi") ● Lipsa sau pierderea morfofuncţională, înnăscută sau dobîndită, cu caracter tranzitoriu sau definitiv, înregistrată la nivelul întregii personalităţi sau al subsistemelor ei (senzorial, motor, afectiv, intelectual etc.).

În psihopatologie deficitul este o noţiune care se referă cel mai frecvent la funcţiile intelectuale şi poate fi evaluat sub raport cantitativ prin raportare la „normalitatea funcţională", folosind teste psihologice specifice. Spre exemplu, în cuantificarea gradului de deficit senzorio-motor şi de limbaj se utilizează frecvent testul L. Bender, testul de figuri complexe A. Rey, testul Reversal elaborat de EDELFELD pentru depistarea dislexiei.

Deficienţele globale ale inteligenţei antrenează dificultăţi ale personalităţii în adaptarea socială, putînd fi determinat pe baza scalelor de inteligenţă (Binet-Simon, cuburile Kohs, Wechsler, testul Raven, labirintele Porteus) care, în funcţie de coeficientul obţinut prin punctaj, pot delimita gradul de întîrziere mintală : idioţia — corespunzînd unui coeficient intelectual QI inferior lui 30 ; imbecilitatea — corespunzînd unui QI cuprins între 30—50 şi debilitatea mintală — corespunzînd unui QI cuprins între 50—70. Subiecţii cu QI între 70—80 pot să nu fie consideraţi debili mintali, în funcţie de calitatea adaptărilor sociale, care pot depăşi nivelul intelectual, şi caracteristicile afective ale personalităţii.

Regresia intelectuală din demenţe, cu deficitul rezultat, corespunde formulei : deteriorare psihometrică — deteriorare fiziologică = deteriorare patologică. Aşadar, în cazul unui individ cu o senescenţă „normală" se înregistrează o diferenţă progresivă şi, în anumite limite, tolerabilă între atitudinile „verbale" (care se menţin cu vîrsta) şi cele „nonverbale" (care diminuează cu vîrsta), în cazul unei senescenţe patologice, respectiv al demenţelor, discordanţa între cele două serii de aptitudini este mult mai puternic marcată, depăşind limitele admise de vîrsta cronologică. În mod obişnuit, în clinica psihiatrică, pentru evaluarea coeficientului de deteriorare (normal şi patologic) se foloseşte bateria WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). În afara deficitelor intelectuale menţionate (care corespund unor leziuni cerebrale ireversibile), trebuie avute în vedere cazurile în care deficienţa intelectuală este temporar afectată, cazuri extreme în care se vorbeşte de „pseudodebilitate" sau chiar „pseudodemenţă" de origine afectivă.

Deficitele mnezice sînt considerate a fi atît dismneziile cantitative de tipul hipomneziilor sau al amneziilor, cît şi dismneziile calitative. Deficitele prosexice (hipoprosexia şi aprosexia) contribuie în mod considerabil la instalarea deficitului mnezic. În psihozele endogene, în fazele acute nu se poate stabili natura deficitului şi gravitatea sa. În perioadele de remisiune se poate evalua deficitul atît global, cît şi parţial, la toate nivelurile personalităţii (cognitiv bazal, cognitiv informaţional şi operaţional, afectiv, motivaţional, volitiv etc.). Deficitul psihoticilor remişi este în legătură strînsă şi directă cu defectualitatea, ca simptomatologie stabilă postprocesuală → DEFECTUAL.

90. **DEFINIŢIE** (cf. lat. *definitio*) ● Propoziţie sau şir de propoziţii care determină : semnificaţia unui termen (cuvînt simbol) ; notele caracteristice (conţinuturi) ale unei noţiuni ; modul de construcţie eidetică a entităţilor formale. Orice definiţie stabileşte un raport de identitate între două părţi : definitul (termenul care este de definit) şi definitorul (termenul care defineşte).

Ramificarea şi aprofundarea domeniilor şi formelor de cunoaştere determină statuarea unei mari varietăţi de definiţii. După obiectul definiţiei se deosebesc :

- definiţia reală, care indică determinările caracteristice ale unui lucru sau ale unei clase de obiecte (respectiv notele specifice conţinutului unei noţiuni) ;
- definiţia nominală, care inventariază toate înţelesurile atribuite unui cuvînt într-o anumită limbă ;
- definiţia nominală stipulativă, care introduce un termen nou sau propune un sens inedit pentru un cuvînt aflat în uz cu alte semnificaţii.

În funcţie de procedura sau metoda de definire, se disting :

● Definiţia prin gen proxim şi diferenţă specifică, prin care o noţiune se diferenţiază ca specie în cadrul unei noţiuni mai generale, indicîndu-se particularităţile ei distinctive ; de exemplu : „omul este un animal raţional", „pătratul este rombul cu toate unghiurile drepte" etc.

● Definiția generică arată originea obiectului definiției și procesul prin care la naștere acesta (de exemplu : „catîrul este un mamifer domestic hibrid, rezultat din împerecherea măgarului cu iapa sau a armăsarului cu măgărița"); definițiile generice constructive caracterizează obiectul prin modul în care este produs utilizînd anumite materiale, instrumente și tehnici de lucru (de exemplu : „betonul este un material de construcție obținut prin întărirea unui amestec de nisip și pietriș cu ajutorul unui liant anorganic, cum este cimentul, sau organic, cum este bitumul"), iar definițiile generice operaționale indică modul în care poate fi produs sau recunoscut obiectul definiției, vizînd de regulă nu procedeele de realizare efectivă a acestuia, ci un experiment mintal, indispensabil pentru elaborarea entităților ideale ce alcătuiesc universul abstracțiilor matematice (de exemplu : „conul este un corp geometric obținut prin rotația cu 180° a unui triunghi isoscel în jurul înălțimii sale").

● Definițiile extensive enumeră, fără să epuizeze, extensiunea definitului, ilustrînd semnificația acestuia prin exemple relevante, pe cînd definițiile enumerative enumeră exhaustiv toate obiectele din sfera termenului definit.

Corectitudinea definiției presupune respectarea anumitor reguli, printre care amintim :

● Definiția trebuie să convină întregului obiect definit și numai acestuia — cu alte cuvinte, definitul și definitorul trebuie să aibă aceeași extensiune, altfel definiția este prea strîmtă (dacă extensiunea definitorului este mai mică decît extensiunea definitului) sau prea largă (dacă extensiunea definitorului este mai mare decît extensiunea definitului).

● Nimic nu trebuie definit prin sine ; încălcarea acestei reguli constituie o eroare numită idem per idem, ce transformă definiția într-o tautologie.

● Definitorul nu trebuie să presupună în propria sa definiție definitul ; un exemplu banal : „dramaturgia este arta creată de dramaturg". Încălcarea acestei reguli constituie o eroare numită cerc vicios (circulus in definiendo).

● Orice definiție trebuie să utilizeze numai termeni clari, cu sens bine precizat ; utilizarea expresiilor vagi, ambigui, metaforice este lipsită de vigoare, avînd o eventuală valoare persuasivă, dar nu și cognitivă.

● Dacă este posibil, orice definiție trebuie formulată în formă afirmativă, pentru a spune ce și cum este obiectul de definit, și nu ce și cum nu este acesta.

Nici clasificările, nici regulile prezentate mai sus nu sînt exhaustive. Definiția are o importanță metodologică deosebită, întrucît de claritatea și exactitatea ei depinde utilizarea corectă a termenilor și noțiunilor. Marea varietate a tipurilor de definiție utilizate se explică pe de o parte, prin diversitatea perspectivelor epistemologice iar, pe de altă parte, rezultă din faptul că nici una din metodele de definire nu este infailibilă și universal valabilă.

91. **DEFLORARE** (cf. lat. *deflorare* „a dezvirgina") ● Acțiunea de rupere a himenului cu ocazia primei relații sexuale a unei virgine ; este considerată practic debutul vieții sexuale a femeii, moment cu importante implicații psihobiologice în dezvoltarea personalității acesteia, în maturizarea sa. Împrejurările negative în care acest act se poate uneori produce sînt de natură a constitui debutul unor condiționări cu efect defavorabil asupra vieții sexuale normale a femeii și, respectiv a cuplului, posibilă etapă premergătoare a unor tulburări psihosomatice în sfera ginecologică (frigiditate, dismenoree, algii pelvine și perineale).

Imaturitatea afectivă, tendința unor femei de a trăi în mod *„spectaculos etapele dureroase"* ale vieții lor genitale și chiar de a le *„exploata"* față de anturaj (părinți, soț) pot fi aspecte psihologice cu implicații în dezvoltraea unor reacții nevrotice anxioase, fobice, isterice, în legătură cu actul deflorării.

Atunci cînd defloararea are loc împotriva voinței femeii este considerată viol, situație care ridică multiple aspecte medico-legale.

92. **DEFORMARE** — *mecanism* (cf. lat. *deformare* „a desfigura, a urîți") ● În teoria psihanalitică a lui FREUD, visul apare ca o realizare deghizată a unei dorințe refulate. Deformarea este unul din conceptele explicative ale modului cum se produce visul. Ea este prezentată de FREUD ca un mecanism al visului prin intermediul căruia dorințele, gîndurile sau emoțiile adevărate ale individului, care prin caracterul lor nu pot fi acceptate de el și de ceilalți, sînt transformate de așa natură încît nu mai pot fi recunoscute. Ele apar deci în vis sub o formă deghizată. Pentru a ilustra mai bine deformarea, FREUD (1913) îi caută o corespondență în viața socială. El dă exemplul a doi oameni dintre care unul deține o anumită putere, iar celălalt dorește să-i spună adevăruri neplăcute, să-și spună deschis părerile, dar îi este frică că va fi pedepsit. Pentru a-și realiza totuși dorința, el exprimă acele adevăruri sub o formă mai puțin evidentă, folosind aluzii sau simboluri. În felul acesta își deformează gîndirea pentru a evita pedeapsa. În vis, deformarea este necesară, deoarece în felul acesta dorințele pot fi acceptate de individ. În lumina acestor teorii, manifestarea directă

a dorințelor, cu adevărata lor semnificație, primejduiește sănătatea mintală a individului sau determină trăirea unor emoții neplăcute. Deformarea apare deci ca un mecanism de protecție. Semnificația reală a dorințelor refu-

Alex Katz

late nu poate fi dezvăluită, în această concepție, decit printr-o activitate de interpretare desfășurată de către un analist.

93. **DEFULARE** (cf. fr. *défouler*) ● Mecanism psihanalitic prin intermediul căruia dorințele și pulsiunile refulate sint readuse în conștient.

O serie de dorințe, emoții sau pulsiuni, care prin caracterul lor sint inacceptabile pentru individ sau pentru cei din jurul lui, sint scoase în afara cîmpului conștiinței, deci devin inconștiente prin intermediul mecanismului de refulare. Odată refulate însă, aceste dorințe sau emoții nu rămîn pasive. Ele caută într-un fel sau altul să intre din nou în cîmpul conștiinței, exercitînd presiuni care generează stări tensionale puternice. Dacă o persoană sănătoasă are capacitatea de a suporta aceste tensiuni, în cazul unui subiect nevrozat ele se exprimă prin simptome. Pe parcursul curei analitice sau în cadrul altor forme terapeutice care folosesc metode analitice, dorințele refulate aflate la originea stării de tensiune, deci și a simptomului nevrotic, sînt descoperite și dezvăluite subiectului, care le verbalizează, le conștientizează și le supune judecății sale, deci le defulează. Odată defulată, sursa tensiunii interne se elimină, determinînd dispariția simptomului.

J. FAURE (1963) atrage atenția asupra faptului că defulării nu trebuie să i se acorde o semnificație vulgarizantă, de descătușare liberă a unei agresivități necontrolate sau de rupere a oricărei bariere care se opune manifestărilor unor pulsiuni. Defularea este un proces de conștientizare și de integrare a dorințelor refulate, subiectul avînd astfel posibilitatea să înțeleagă sursa tulburărilor sale.

94. **DEGADIL(M)** Costa Rica — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (±)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

95. **DEGENERARE** (fr. *dégénérer*; cf. lat. degenerare) ● Pierderea totală sau parțială a unor însușiri morfologice sau funcționale, în urma acțiunii unor factori de mediu sau ereditari; definită de MOREL ca „o deviație bolnăvicioasă a speciei", care afectează ființa umană deopotrivă somatic și psihic. Deși prin fundamentarea acestei definiții MOREL este recunoscut ca autor al uneia dintre cele mai prestigioase teorii etiopatogenice ale psihiatriei, termenul ca atare fusese anticipat încă de la jumătatea secolului al XIX-lea, prin lucrări ca cele ale lui VANDEVEN, „Considerații asupra cauzelor de degenerare ale speciei umane" (în care patologia mintală ocupa un capitol aparte — 1850) sau P. LUCAS, „Tratat filozofic și fiziologic al eredității naturale în sănătatea și boala sistemului nervos" (1847—1850). Conceptul de degenerare era folosit deja de LAMARCK și BUFFON ca sinonim cu degradarea.

Ereditatea ocupă un rol central în teoria degenerării, deși MOREL a trebuit să facă față dificilei probleme a caracterelor cîștigate și a transmiterii lor cu o penetranță deosebită în defavoarea celor ereditare. Cauzalitatea este rezolvată prin modelul predispozițiilor — al terenului fragil care determină boala. Printre cauzele generatoare de boală se înscriau multiple cauze exogene, fizice, sociale și psihologice care influențează terenul predispus — sistemul nervos sensibil la influențele degenerative. De aici pînă la tipul morbind al degeneratului nu mai este decit un pas. Pentru MOREL, bolile mintale nu mai constituiau decit o expresie privilegiată a degenerescenței (P. PICHOT). Clasificarea și nosologia lui, urmînd acestei idei, departaja bolile mintale în două grupe: prima cuprindea psihozele toxice, isterice, epileptice, hipocondriace, simpatice și idiopatice; cea de a doua era constituită din bolile mintale ereditare, cu patru nivele de gravitate. MOREL, MAGNAN, precum și o întreagă pleiadă de psihiatrii vor dezvolta

pînă la saturaţie teoria degenerării care, sub influenţa evoluţionismului, va apare tot mai structurată. MAGNAN îşi va construi teoria în jurul conceptelor de predispoziţie, dezechilibru, stigmate şi sindroame episodice, realizind o nosografie dihotomizată ca şi cea moreliană, opunînd tulburărilor mintale ale normalului pe cele ale degeneratului.

Teoria degenerării avea să cunoască o jumătate de secol de glorie franceză (pînă la critica extrem de severă la care a supus-o G. PERRIN în 1913). În restul Europei — în Germania prin GRIESINGER şi KRAFFT EBING, în Anglia prin MAUDSLEY, în Belgia prin DALLEMAGNE, va face epocă pînă la începutul secolului al XX-lea. O notă aparte face LOMBROSO, apărător fervent al teoriei degenerării ; în lucrări ale căror fundamente ştiinţifice, în special cele statistice, puteau fi puse uşor sub semnul întrebării, el a creat o întreagă mitologie criminalistico-psihiatrică, în care geniul şi crima erau considerate stigmate ale degenerării. O serie de scriitori au aderat la acest punct de vedere, acreditînd literar ideea timpului, creînd personaje marcate psihic de stigmate evidente (ZOLA, DICKENS, DELAVRANCEA). Max MORDAU îşi intitulează o lucrare de remarcabil succes — „Eseu şi pamflet de critică socială — degenerare", pornind programatic de la ideile lui MOREL. Se naşte astfel o ciudată simbioză între arta modernă şi nebunie, care avea să supravieţuiască cu mult teoriei moreliene.

Cu toate limitele ei, teoria degenerării a permis psihiatriei, după G. PERRIN, încorporarea în ştiinţele pozitive şi definitiva consacrare, iar bolii psihice i-a conferit valoarea unui fapt biologic general.

96. **DEGENEREASCENŢĂ** (fr. *dégénérescence*) ● Termen folosit de şcoala franceză în acelaşi sens ca şi cel de degenerare, pentru a formula o teorie complexă etiopatogenică asupra bolilor psihice. Termenul desemnează un proces patologic de degradare progresivă anatomofuncţională a unui ţesut, organ sau organism, avînd la bază factori cauzali a căror sistematizare diferă după sediul de manifestare a leziunii. Termenul acoperă o serie semantică largă, din această cauză pierzînd mult din precizie.

În psihiatrie caracterizează, în sens larg, patologia involuţiei, în special aspectul anatomopatologic al acesteia, care evidenţiază modificările morfologice şi funcţionale caracteristice (de exemplu, degenerescenţa vacuolară, neurofibrilară etc.). Aceeaşi conotaţie o oferă şi DEGENERESCENŢĂ HEPATO-LENTICULARĂ.

97. **DEGENERESCENŢĂ CORTICO-STRIATĂ SPINALĂ** — sin. DEGENERESCENŢĂ CORTICO-PALIDO-SPINALIS ; DEGENERESCENŢĂ PIRAMIDO-PALIDALĂ AMIOTROFICĂ STERLING ; ENCEFALOPATIE DISEMINATĂ DAVISONI ; PSEUDOSCLEROZĂ SPASTICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JAKOB-CREUTZFELDT(B) boală.

98. **DEGENERESCENŢĂ HEPATO-LENTICULARĂ** — sin. PANSTRIAT(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WILSON(B) boală.

99. **DEGENERESCENŢA NEUROAXONALĂ INFANTILĂ** — sin. AMAUROTICĂ — idioţie ; AXONALA — idioţie ; SPASTICĂ — idioţie $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STEITELBERGER(B) boală.

100. **DEGENERESCENŢĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ ŞI STEATOREE** — sin. ABETAPROTEINEMIE ; ACANTOCITOZĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BASSEN-KORNZWEIG(B) boală.

101. **DEGHIZARE** (cf. fr. *déguiser*) ● Acţiunea de a ascunde, de a masca, de a disimula. Termen rar utilizat în psihiatrie, care poate avea mai multe sensuri :

- disimularea : ascunderea unui delir de către subiect ;
- travestism : îmbrăcarea cu vestimentaţie caracteristică sexului opus, întîlnită la homosexuali ;
- afişarea unei ţinute excentrice, concordantă cu trăirile delirante pe care le are subiectul : uniforme, medalii etc.

102. **DEGRADARE** (cf. fr. *dégrader* : v. lat. *degradare*) ● Termen vetust pentru deteriorarea din demenţa senilă, utilizat uneori pentru a desemna gravitatea deteriorării într-un sindrom psihoorganic de orice etiologie („sindrom psihoorganic cronic deteriorativ-degradativ"). Gradul de confuzie pe care îl poate genera un astfel de diagnostic, în care cel puţin trei termeni sînt rău definiţi, ca şi demersul diagnostic care este oprit în faza sindromologică, explică de ce specialistul psihiatru nu-l foloseşte niciodată.

Termenul mai are şi sensul de pierdere a valorilor morale (degradare morală), în cazul personalităţilor dizarmonice, îndeosebi al celor antisociale (degradare socială), şi în cazul psihozelor endogene evolutive (schizofrenia). Degradarea schizofrenului este, aşa cum arătă o serie de autori, în strînsă legătură cu dezinserţia sociofamilială (WING), fără să reprezinte totdeauna efectele intrinseci ale bolii.

Scanned with OKEN Scanner

103. **DEHIO**[T] ***test*** ● Probă farmacologică permiţînd diferenţierea naturii neurovegetative a unei bradicardii prin injectarea de sulfat de atropină. În cazul accelerării pulsului, testul este considerat pozitiv.

104. **DEHYDROBENZPERIDOL**[M] Austria, Danemarca, Elveţia, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Potugalia, Turcia — DCI *Droperidol* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil) propil/-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, cu acţiune sedativ-anxiolitică marcată şi antiemetică superioară CLORPROMAZINEI. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă şi hipotensiunea ⟶ BUTIROFENONE.

105. **DEISM** (cf. lat. *deus* „zeu") ● Interpretarea filozofică a religiei creştine dintr-o perspectivă raţionalistă, vizînd respingerea critică a superstiţiilor şi cultelor consacrate de confesiunile oficiale, pentru a le opune o religie „naturală", susţinută cu argumente sădite în evidenţa şi claritatea raţiunii. Comună deiştilor (LOCKE, TOLAND, VOLTAIRE, SHAFTESBURY, LESSING ş.a.) le este preocuparea pentru a cultiva, pe calea deducţiei, nucleul raţional imanent tuturor credinţelor religioase, respingînd fabulaţia concretă, specifică fiecărei confesiuni. Deşi nu concordă în ceea ce priveşte definirea acestui nucleu raţional, toţi deiştii subscriu la ideea că Dumnezeu este doar cauză primă impersonală a universului (primum movens divin, postulat de către NEWTON), raţiune abstractă şi infinită ce pune în mişcare maşinăria cosmică, fără a mai interveni vreodată în desfăşurarea evenimentelor, care evoluează sub imperiul invincibil al legilor naturale. Moment important al conflictului dintre ştiinţă şi fanatismul dogmelor religioase, deismul a contribuit în mod considerabil la afirmarea şi consolidarea spiritului pozitivist în cultura europeană.

106. **DÉJÀ** — *fenomene* (fr. *déjà*) ● Grup de fenomene de tip dismnezic prin care este modificată percepţia normală a timpului şi conştiinţa existenţei actuale, resimţite ca repercepere a unor senzaţii anterioare, fragmentare sau globale. Fenomenul se poate referi cel mai frecvent la sfera vizuală (déjà vu) auditivă (déjà entendu), la stări afectiv-volitionale (déjà éprouvé, déjà voulu) sau la globalitatea experienţei senzorial-cognitive (déjà pensé, déjà connu, déjà ressenti, déjà vécu). Acest fenomen de familiaritate a fost descris de WIGMANN sub numele de flasă recunoaştere, iar BERGSON afirmă că „ţine de o scădere temporară a atenţiei". Deşi sînt asimilate cu tulburările de memorie, fenomenele de tip DÉJÀ sînt în esenţă diferite de acestea, fiind legate de ele doar prin mecanismele memorizării, care nu mai funcţionează, împiedicînd distincţia dintre evenimentul aparţinînd realului şi evenimentul memorat. J. SUTTER afirmă că aceste impresii sînt diferite de amintiri prin faptul că subiectul nu are sentimentul de a fi trăit în circumstanţe diferite şi într-o altă epocă a existenţei, analogă celei care se desfăşoară în prezent, ci i se pare că reîncepe să trăiască un fragment din viaţa sa trecută. Prin aceasta, autorul subliniază caracterul imaginar al tulburării şi imprecisa ei senzorialitate. Cei mai mulţi autori sînt de acord în a considera aceste fenomene ca o tulburare a conştiinţei realităţii obiectuale, înglobată în tulburările conştiinţei de sine.

Circumstanţele etiopatogenice ale acestei tulburări sînt legate în primul rînd de leziunile lobului temporal (cînd are o durată de cel mult cîteva minute — POPOVICIU), putînd fi însoţite de halucinaţii olfactive şi gustative cu apariţie paroxistică. Mai pot fi întîlnite în psihoze schizofrenice, stări oneiroide, sindrom Korsakov şi la personalităţi psihastenice. În această ultimă circumstanţă, fenomenele de tip DÉJÀ însoţesc sindromul de derealizare şi de depersonalizare, persistă un timp mai îndelungat, sporind incertitudinile subiectului.

Fără semnificaţie patologică deosebită, fenomenele de tip DÉJÀ pot apare în condiţii de suprasolicitare prelungită şi la subiecţii normali. Ca fenomene psihopatologice au constituit, alături de obsesii, subiect şi sursă de inspiraţie pentru numeroase scrieri literare.

107. **DÉJÀ CONNU** (deja ştiut, cunoscut) ● Falsă recunoaştere, constînd din convingerea subiectului că a mai cunoscut cîndva o persoană, circumstanţă sau eveniment, pe care în fapt nu a avut niciodată ocazia să le cunoască.

108. **DÉJÀ ENTENDU** (deja auzit) ● Falsă recunoaştere, caracterizată prin convingerea subiectului că a mai auzit în trecut o anumită poveste, informaţie, referitoare la o persoană sau la un eveniment, auzite de fapt pentru prima oară.

109. **DÉJÀ ÉPROUVÉ** (deja simţit, încercat) ● Falsă recunoaştere, acompaniind fenomenele de déjà vu, déjà vecu, constînd din impresia subiectului că a mai avut aceeaşi stare afectivă (a mai încercat acelaşi sentiment) cîndva, trăire pe care în fapt o resimte pentru prima dată.

110. **DÉJÀ FAIT** (deja făcut) ● Falsă recunoaştere constînd în convingerea subiectului că a

mai realizat cîndva o anumită acțiune (sau că repetă un act sau comportament), pe care în fapt are ocazia să-l realizeze pentru prima dată.

111. **DÉJÀ PENSÉ** (deja gîndit) ● Falsă recunoaștere, caracterizată prin convingerea subiectului că a mai avut aceleași idei, păreri, reflecții (sub aspectul tematicii sau conținutului de gîndire) pe care le are hic et nunc.

112. **DÉJÀ RACONTÉ** (deja povestit) ● Fenomen prezentat în cura psihanalitică, constînd în faptul că subiectul are impresia că a povestit cu exactitate, cîndva, o situație pe care o povestește de fapt pentru prima dată. Este interpretat ca un mecanism apropiat negării și explicat prin coexistența a două tendințe opuse : dorința de a povesti și teama de a o face. A fost denumită prin analogie cu fenomenele de tip déjà din psihopatologie.

113. **DÉJÀ VECU** (deja trăit) ● Falsă recunoaștere, constînd din impresia subiectului că retrăiește o experiență anterioară, în realitate netrecînd niciodată prin circumstanțele spațio-temporale și evenimențiale ale acesteia ; impresia este acompaniată cu déjà éprouvé (deja încercat) și déjà ressenti (deja simțit), ducînd la convingerea subiectului că trăiește un fragment din viața sa anterioară.

114. **DÉJÀ VOULU** (deja dorit) ● Falsă recunoaștere, constînd în impresia subiectului că a mai dorit cîndva, cu aceeași intensitate, un lucru (obiect, persoană etc.) pe care în fapt îl dorește pentru prima oară. Această impresie intensă provine și din asocierea cu fenomenele de déjà éprouvé, déjà ressenti.

115. **DÉJÀ VU** (deja văzut) ● Tulburare de percepție din categoria iluziilor de falsă recunoaștere, însoțită de fenomene de tip déjà ressenti, déjà connu, constînd în convingerea subiectului că a mai asistat cîndva la o scenă identică cu cea pe care de fapt o vede pentru prima dată.

116. **DÉJERINE Jules-Joseph** (1849—1917) ● Neurolog și psihiatru francez care a susținut constant inutilitatea căutării semnelor lezionale ale sistemului nervos în nevroze, inclusiv în isterie, ceea ce a condus la lungi dispute cu CHARCOT, fapt care nu l-a împiedicat ca, după 1911, să-i urmeze acestuia la catedră. Eminent neurolog, autor a două lucrări de referință : „Traité d'anatomie des centres nerveux" (1895) și „Séméiologie des maladies du système nerveux" (1914), publică în 1911 lucrarea „Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie", una din primele lucrări de acest gen. Merită a fi menționată atitudinea lui fermă împotriva susținerii cursurilor de psihiatrie în

Jules Déjerine

prezența bolnavilor, fapt ce ar avea un rol nefast asupra evoluției bolii acestora.

117. **DÉJERINE-LICHTHEIM**(T) — *probă* ● Probă ce se efectuează la bolnavii afazici puri, care sînt incapabili de a articula cuvintele, păstrînd aparent capacitatea de a scrie și a citi. Constă în solicitarea bolnavului să atingă mîna examinatorului la fiecare silabă a cuvîntului pronunțat.

118. **DÉJERINE** — *psihoterapie* ● Metodă de psihoterapie directivă, în care o deosebită importanță se acordă participării în comun cu subiectul la rezolvarea problemelor sale emoționale. Metoda presupune izolarea subiectului de mediul său obișnuit prin internare în spital. Termenul, introdus în 1902, are în prezent numai interes istoric.

119. **DELASIAUVE Louis-Jean-François** (1804—1893) ● Studiază la Paris, unde își susține teza în 1830 ; este preocupat de epilepsie și oligofrenie. Încearcă în 1843 o nouă clasificare a bolilor psihice care „se va bucura" de un dublu eșec, atît în momentul prezentării ei, cît și peste patru decenii, în 1889, cînd o va relua la Congresul internațional de medicină mintală. Cu totul altă soartă

Scanned with OKEN Scanner

o va avea concepţia lui referitoare la organizarea asistenţei psihiatrice, care se va materializa în aplicarea ideii de sectorizare, adoptată pentru mediul rural încă din 1865. În 1861 înfiinţează Jurnalul de medicină min-

Louis Delasiauve

tală ; tot de numele său se leagă şi preocuparea pentru bolnavii externaţi : înfiinţează, împreună cu J. P. FALRET, Societatea de patronaj pentru convalescenţi.

120. **DELAX Jean** (1907—1982) ● Psihiatru francez, cu deschidere spre o problematică psihologică, doctor în litere şi membru al Academiei de Medicină (1955) şi al Academiei Franceze. În afara creaţiei literare, sînt de remarcat studiile privind simţul tactil („Astereognoziile şi sensibilităţile cerebrale", 1934), psihopatologia proceselor de memorie („Disoluţiile memoriei", 1942 „Bolile memoriei", 1943), tulburările emoţional afective, mecanismele fiziologice şi biologice ale electroşocului, psihofarmacologia etc.

121. **DELAXIN**[(M)] S.U.A— DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominent miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă ; în secundar are şi valenţe analgezice.

122. **DELBRÜCK**[(S)] *sindrom* ● Denaturare patologică a relatărilor despre realitate, deosebită de mitomanie prin absenţa condiţionării situaţionale. Apropiat de confabulaţie, acest sindrom, descris în 1891, s-ar întîlni în epilepsii, psihoze afective şi în paralizia progresivă.

123. **DELGAFEN**[(M)] Mexic — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezităţii consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenţei → PSIHOSTIMULENTE.

124. **DELIBERARE** (cf. fr. *délibérer* : v. lat. *deliberare* „a cîntări, a chibzui") ● Moment al acţiunii voluntare, care constă într-un proces de evaluare a posibilităţilor de realizare a scopului propus. Importanţa deliberării este mai mare sau mai mică în funcţie de natura scopului. Atunci cînd există o singură posibilitate, deliberarea are o importanţă mai redusă. Apariţia unor motive contrare, a unor incertitudini în privinţa reuşitei sau estimarea unor urmări deosebite după realizarea unei acţiuni, fac ca importanţa deliberării să fie mare. După ZÖRGO (1976), deliberarea este influenţată de mai mulţi factori, printre cei mai importanţi numărîndu-se : intensitatea trebuinţei, semnificaţia pe care o are pentru individ, scopul pe care vrea să-l atingă, aprecierea posibilităţii de realizare a scopului, modul de structurare a personalităţii şi influenţele exercitate de mediul extern. Necesitatea deliberării poate fi scoasă în evidenţă de existenţa a două sau mai multe situaţii cu aceeaşi semnificaţie, fie pozitivă, fie negativă. În ceea ce priveşte personalitatea, deşi există o părere aproape unanimă că în procesul deliberării nu există o predominanţă a aspectelor afective sau a celor cognitive, se poate demonstra că, în situaţiile traumatizante sau de natură să impună o decizie rapidă, există o influenţă mai mare fie a factorilor afectivi, fie a celor cognitivi sau se poate ivi un conflict între aceşti factori.

125. **DELIBIDINIZARE** (cf. lat. *de-* ; *libido* „dorinţă, poftă") ● Termen cu o structură forţată în limba română, rezultat prin traducere mecanică.

În psihanaliză se utilizează mai adecvat termenii investiţie (ataşare a unei energii psihice la un grup de reprezentări, o parte a corpului, un obiect anume), şi dezinvestiţie (retragere a cuantumului de afect din re-

Scanned with OKEN Scanner

prezentare, cu eliberarea energiei psihice, care devine disponibilă și se poate reinvesti într-o formațiune defensivă) → INVESTIRE ▮ DEZINVESTIRE ▮ PROCES PRIMAR ▮ PROCES SECUNDAR ▮ este vorba de investirea energiei, plasarea ei în diferite obiecte, imagini și, respectiv, retragerea energiei, cu reinvestire în altă categorie obiectuală. De exemplu, Sinele, ca rezervor originar de energie, face investiții fără a discrimina obiectele investite ▮ Sinele investește deopotrivă obiecte și imagini, dar satisfacerea trebuinței necesită obiectul specific și nu doar imaginea acestuia. Eul este în stare să distingă între imagini și obiecte, să retragă investiția din imagini și să o replaseze în obiecte — procesul secundar. Delibidinizarea ar fi o noțiune sinonimă cu noțiunea de desexualizare. Astfel, legat de formarea Supraeului, psihanaliza admite că finalizarea bruscă a complexului Oedip, la băiat, este urmată de complexul de castrare ▮ ulterior, complexul de castrare se fragmentează, părțile se desexualizează și începe procesul sublimării lor, ceea ce echivalează cu începutul formării Supraeului.

126. **DELICT INIȚIAL** (cf. lat. *delictum* „delict, vină, greșeală") ● Infracțiune de drept comun săvîrșită de un bolnav psihic, ca primă expresie a unei stări patologice (STRANSKI, 1950). Circumstanța cea mai frecventă în care această manifestare se regăsește este schizofrenia (debutul subacut).

127. **DELINCVENȚĂ** (cf. lat. *delinquere* „a fi de vină, a greși") ● O primă definiție posibilă, cu caracter general, desemnează delincvența ca efect al conflictului dintre individ și societate, rezultat din încălcarea legilor (M. POROT, 1984). Formularea unei definiții riguroase ridică însă dificultăți de ordin sociologic, etico-moral și biologic (MICHAUX). Perspectiva sociologică relevă caracterul relativ al noțiunii : variabilitatea codului de legi de la țară la țară, de la societate la societate, de la epocă la epocă, atrage după sine și variabilitatea comportamentelor ce pot fi etichetate ca delincvențe. Aspectul etico-moral derivă din raportul dintre conștiința etico-morală individuală și structurile sociale : cu cît acestea sînt mai perfecționate, cu atît probabilitatea ca individul să devină delincvent e mai mare, presupunînd că nu există o sincronizare perfectă a evoluției celor doi termeni ai relației. În acest fel se poate ajunge la afirmația paradoxală că „toți sîntem delincvenți de un fel sau altul" (GÉRAUD), exemplificată prin posibilitatea încălcării de către oricine a regulilor de circulație, ceea ce îl determină pe MICHAUX să afirme caracterul mai mult cantitativ decît calitativ al delincvenței : „sîntem mai mult sau mai puțin delincvenți".

Aserțiunea este numai parțial valabilă, pentru că între fapta pedepsită de lege cu amendă contravențională și cea pedepsită cu moartea nu există doar diferențe cantitative, ci în egală măsură și calitative (de ordin etico-moral). Dificultățile de ordin biologic ale definirii delincvenței rezidă în însăși problema delimitării normalului de anormalul psihic : delincvența nu este totdeauna patologică, ea fiind în primul rînd un indicator al dezadaptării sociale (MAYS, 1976), cauzele care conduc la dezadaptare putînd fi extrem de diverse : sociogenetice, psihoreactive, psihopatologice („endogene" sau intricate). Conceptul normalului psihic este relativ atît ca sferă de cuprindere, cît și ca stare (este un echilibru instabil), iar una din posibilitățile dezechilibrului, care poate îmbrăca și formele patologicului, este delincvența. În sens strict medico-legal, delincvența este un comportament deviant infracțional, expresie medico-legală și juridică a agresivității patologice. Parte componentă a devianței, unii autori folosesc preferențial acest termen în locul celui de delincvență, datorită implicaților lui sociogenetice mai largi (SZABO, GAGNÉ PARISEAU, DRAGOMIRESCU). Studiată în particular de științele antropologice și sociale, delincvența constituie obiectul de studiu specific (metodologic și aplicativ) al criminologiei.

DRAGOMIRESCU (1976) deosebește, din considerente formal-operaționale, comportamentul antisocial sau infracțional (cu implicații judiciare) de cel aberant (limitat la aspectele medico-legale psihopatologice) și deviant (abaterile de la norma socială). Același autor sistematizează, pe baza unor criterii medico-legale și criminologice, comportamentul infracțional în patru tipuri : antisocial-accidental (ocazional), predelictual, delictual, infracțional-patologic. Primele două tipuri predomină la minori și la adultul tînăr.

Criteriul etiopatogenic conduce la distincția altor patru tipuri : comportament motivat patologic (necesită măsuri curative permanente), potențat patologic (măsuri diferențiate curative și de siguranță, cu caracter medical), declanșat patologic (măsuri preventive complexe — medicale, sociale — în cadrul rețelei ambulatorii), exacerbare a unui fond patologic latent (măsuri preventive combinate la nevoie cu măsuri curative).

Criteriul sindromologic distinge cinci categorii de comportament infracțional ▮ instabil,

Scanned with OKEN Scanner

impulsiv, hetero- și autoagresiv, pervers (aberant propriu-zis) și reactiv (inclusiv simularea și sinistroza). În funcție de diferitele categorii psihopatologice (diagnostice), se poate vorbi de un specific infracțional (delictual). Etiologia delincvenței se circumscrie în general pluricauzalității agresivității patologice ; în cazul delincvenței, ca expresie a unei tulburări psihopatologice patente, etiologia va fi identică cu a bolii respective, delincvența fiind simptomatică pentru un complex nosologic, definit ca atare, și etiopatogenic.

Cauzele delincvenței (criminogeneza, infractogeneza) sînt complexe, deseori fiind dificil de apreciat chiar în practica medico-legală psihiatrică ponderea unuia din factorii cauzali posibili (biologic-construcțional, psihologic, sociogenetic, psihopatologic) sau gradul lor de intricare. În ceea ce privește factorii biologic-constituționali, poate fi menționată, din interes istoric, teoria „criminalului înnăscut" (LOMBROSO, inspirat din frenologie, descria chiar o fosetă occipitală deosebit de dezvoltată la marii criminali) și poate fi reținută ipoteza privind existența la unii delincvenți a unei predispoziții genetice sau numai constituționale care explică personalitatea antisocială, a cărei manifestare delictuală începe din copilărie. Factorul psihopatologic constă în comiterea de infracțiuni de către bolnavii psihici de diferite apartenențe nosologice, la care se descrie și un specific infracțional (delictual). Aceste delicte necesită totdeauna o expertiză medico-legală psihiatrică, menită să precizeze gradul de vinovăție și responsabilitate cu care a fost comis actul delictual în funcție de starea discernămîntului. Factorii psihologici sînt de o mare importanță, ei acționînd rareori izolat, neputînd fi, în general, despărțiți de cei sociogenetici. Pot fi sintetizați în două direcții de acțiune (TUCKER, PINCUS, 1980) : calitatea experienței parentale, în special a relației materne, și formarea conștiinței eticomorale. Importanța privării materne în primii cinci ani de viață (GOLDFARB, 1945 ; BOWLBY, 1946) constă în structurarea defectuoasă a caracterului, incapabil să rezoneze afectiv în relațiile interpersonale (așa-numita „răceală afectivă" întîlnită la mulți delincvenți). Se vorbește de privarea maternă și în cazul unei mame „reci", respingătoare sau dominante ; este mai puțin clar însă dacă tatăl absent psihologic, neglijent, are consecințe de același tip, ele fiind probabil mai importante pentru băieți, care devin, prin defect de identificare, mai vulnerabili la influențele delincvento-genetice exterioare. În general, majoritatea delincvenților sînt imaturi afectiv. Din acest motiv nu pot suporta constringerile, frustrările (impuse de mediul școlar, familial, militar, de convențiile sociale, vestimentare, sexuale), recurgînd la fugi, chiul, dezertare, tentative suicidare, parasucidare, automutilări și alte acte delictuale, comise uneori în stare de recidivă, perspectiva detenției, a internării, nereușind să le stăvilească nevoia impulsivă de a încălca aceste constringeri. Pe de altă parte, în cadrul acestor structuri imature de personalitate (dizarmonice), actul delictual are și valențe de valorizare, fiind poate singurul pattern comportamental de autoafirmare. Se poate vorbi de o dorință inconștientă de pedeapsă, de conduite de eșec care pot constitui uneori singure și suficiente motivații psihologice ale delincvenței (MAYS).

Factorii sociogenetici sînt diverși : frustrarea economică ; efectele negative la nivelul grupului primar sau secundar (ambii factori acționînd pregnant în delincvența juvenilă) determinate de influențele „liderilor" („idolilor") de tip „pop", asociate consumului de droguri ; decăderea autorității adulților, avînd drept consecință „revolta" consecutivă caracteristică „crizelor de adolescență" cu motivații „reformiste și idealiste" (MAYS, 1976); defectuoasa utilizare a timpului liber, rolul mass-mediei (HIMMELWEIT, 1959, arată, pe baza unui studiu efectuat în S.U.A., că adolescenții de vîrstă școlară vizionează circa 20 ore săptămînal programe TV care conțin filme comerciale de aventuri, polițiste și western, apreciind că efectul acestora este identic cu influențele grupului primar și secundar) ; rolul „subculturilor delictogene" în care valorile negative, deviante, devin „morale" grupului, opusă provocator adevăratei morale a societății (normele sociale curente neputînd fi atinse în mod normal, se apelează la delict — „cine nu are bani trebuie să-i fure" — sau, în cazul delincvenței juvenile reproducînd comportamentul adulților din mediul în care adolescentul se dezvoltă). Rolul acestor subculturi (comportament disocial) a fost mult studiat de sociologia americană, stabilindu-se ponderea lor importantă în delincventogeneza juvenilă, datorată imposibilității copiilor din aceste grupuri de a „internaliza" valori ce le rămîn străine, în pofida propagării lor prin programele școlare și mass-media.

Alte studii sociologice (SUTHERLAND, 1961 ; CLINARD, 1952) au demonstrat lipsa de dovezi a teoriilor privind caracterul de clasă al delincvenței, conform cărora aceasta ar fi mai răspîndită în clasele sărace. Delictele în cadrul acestor zone sociale sînt mai rudi-

Scanned with OKEN Scanner

mentare (furt, violenţă) şi deci mai uşor descoperite. Delincvenţa claselor medii şi superioare este legată de roluri profesionale mai înalte, fiind de aceea şi mai greu detectabilă. Un argument clar al sociogenezei delincvenţei este creşterea ei proporţională odată cu urbanizarea (care presupune migraţia populaţiei), societăţile industriale avînd un nivel mai ridicat de delincvenţă, proces — se pare — ireversibil. Există o fluctuaţie a delincvenţei în raport cu mărimea aglomeraţiilor urbane (cifre statistice din Franţa arată criminalitatea mai ridicată în Rouen, Marsilia, Nancy, decît la Paris sau Lyon), iar statisticile situează vîrful acesteia în oraşele cu circa 250 000 locuitori, scăzînd apoi în marile metropole. De asemenea, modificări sociale aparent nesemnificative influenţează negativ rata delincvenţei (relaxarea frînelor morale prin aşa-zisa „revoluţie sexuală", diminuarea autorităţii parentale prin emanciparea culturală a adolescenţilor, „complezenţa" mass-mediei). „Concept multiplu şi nu unitar" (MAYS), delincvenţa îmbracă aspecte variabile şi în funcţie de sex : bărbaţii comit mai multe delicte decît femeile, datorită atît diferenţelor biologice, fizice, cît şi a celor de ordin social, delictualitatea acestora din urmă fiind mai des asociată sexualităţii. Nivelul delictualităţii feminine a crescut însă în ultimii ani, îndeosebi în domeniul juvenil (în Anglia criminalitatea fetelor a crescut mai repede decît a băieţilor). Există de asemenea caracteristici ale delincvenţei juvenile în comparaţie cu delincvenţa adulţilor, precum şi deosebiri între delincvenţii asupra persoanei (hoţi, perverşi sexuali) şi delapidatori sau „delincvenţii din lumea afacerilor". Măsurile de combatere a delincvenţei, după DRAGOMIRESCU (1976), vizează prevenţia (măsuri sociopsihologice de inserţie sociofamilială armonioasă ; măsuri socioprofesionale, ergonomice şi psihopedagogice ; măsuri psihoprofilactice, de educaţie sanitară şi depistare precoce a tulburărilor psihice ; măsuri medico-legale şi de siguranţă pentru prevenirea efectelor antisociale ale comportamentului deviant, atît la bolnavul psihic periculos, cît şi faţă de infractorii cu periculozitate socială permanentă), intervenţia (etapa terapeutică ce ţinteşte individul şi circumstanţele sociale în scopul combaterii conduitei deviante, a factorilor care o întreţin sau o agravează, care presupune tratament biologic, psihoterapic, socioterapic), recuperarea sau postintervenţia (măsuri de anulare a consecinţelor conduitei deviante îndreptate asupra individului şi grupului : psihoterapie, dispensarizare, adaptare şi readaptare familială, profesională, socială).

128. **DELINCVENŢĂ JUVENILĂ** (fr. *délinquance juvénile* ; cf. lat. *delinquere* ; *juvenis* „tînăr") ● Reprezintă delincvenţa minorului. Domeniul medico-legal al minorului este în mod convenţional stabilit de lege între 14—16 şi 17—18 ani. Sub vîrsta de 14 ani se vorbeşte de delincvenţă infantilă (delincvenţă infanto-juvenilă). Aceste limite de vîrstă sînt nu numai convenţionale, ci şi artificiale, semnificaţia lor fiind doar de natură juridică (şi nu medicală), constituind — din necesităţi practice — un argument axiomatic al interpretării şi dozării responsabilităţii şi, respectiv, al măsurilor juridice sau medicale. Etiologia delincvenţei juvenile poartă amprenta problematicii vîrstei şi eşecurilor ei adaptative, ca şi a particularităţilor patoplastice ale adolescenţei — în cazul delincvenţei juvenile psihopatologice. Factorii psihologici şi sociali predomină, dar cei constituţionali sînt şi ei implicaţi, mai ales în delincvenţa juvenilă patologică (personalitatea antisocială). Factorii psihologici şi sociali se întrepătrund în momentul în care adolescentul normal psihic este frustrat de suportul formativ şi de ambianţa afectiv-maturizantă a unei familii armonioase. Delincvenţa juvenilă este de cele mai multe ori simptomul unei disfuncţii a sistemului familial : carenţă afectivă maternă, inversarea rolurilor parentale prin absenţa psihologică a tatălui. Disfuncţia socială a binomului parental permite „invadarea" personalităţii în formare a virtualului delincvent de către influenţe exterioare negative (grup primar). Apartenenţa familială la o „subcultură deviantă" constituie o altă posibilitate delincventogenetică juvenilă, prin mecanismele imitaţiei şi învăţării. În aceste situaţii (şi nu numai în acestea), conduita deviantă juvenilă poate fi încurajată inconştient de părinţi prin exprimarea inconştientă de către aceştia a satisfacţiei pentru acţiunile copilului cu caracter predeviant (JOHNSON, SZUREK, 1952). Frustrarea maternă depresogenă (BOWLBY) transformă delincvenţa juvenilă într-o reacţie cu caracter pînă la urmă psihopatologic, depresia fiind „mascată" de comportamentul dezadaptat.

Factorii sociali constau în excesul de timp liber neadecvat utilizat, diminuarea controlului social şi parental, dificultăţi şcolare care pot fi cauză sau consecinţă, anxietate legată de viitor (mai ales în păturile sociale cu nivel economic scăzut), respectiv, absenţa canalizării energiei prin defectuoasa ajustare a trebuinţelor, necesităţilor la posibilităţi. Intervenţia dinamică a factorilor sociali se poate observa în creşterea delincvenţei, la fete, care a dus la inversarea raportului tradiţional 2/1 în favoarea băieţilor,

Scanned with OKEN Scanner

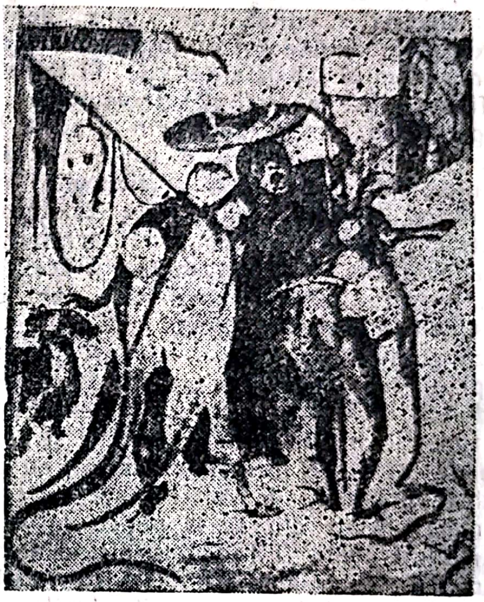
precum şi la „diversificarea" delictelor, astfel incit afirmaţia schematică : băieţii fură, fetele se prostituează, iar atit fetele cit şi băieţii vagabondează, nu mai este valabilă.

Motivaţia conduitei deviante este primitivă, incluzind trebuinţe slab integrate ce ţin de afectivitatea frustrată ; in cazul delictualităţii de grup, motivaţia este mai mult de ordin social, constind in afilierea, adeziunea, identificarea cu modelul negativ al „liderului". Mobilul ţine de caracterul motivaţiei, constind in necesitatea satisfacerii unor scopuri imediate; rareori este expresia unui comportament violent, putind ajunge la acte de mare agresivitate şi periculozitate socială (chiar omor deosebit de grav, comis cu cruzime şi in grup). De cele mai multe ori natura faptei este furtul, motivat printr-o utilitate sesizabilă in contestul unor dorinţe ce pot fi uşor anticipate (bani, hrană, obiecte) şi care imprimă modului de producere a faptei particularităţi ce nu ridică prea mari probleme din punct de vedere criminalistic (spargeri şi furturi din automobile, magazine ; violări de domiciliu, furt de buzunare). Nu există deosebiri referitoare la motivaţie şi mobil in cazul delincvenţei juvenile patologice (in cazul nedezvoltărilor cognitive, dezvoltărilor dizarmonice de personalitate sau lezionale — stările psihopatoide postmeningoencefalite, traumatisme craniocerebrale, intoxicaţii exogene, anoxii encefalice repetate in cursul unor crize epileptice etc.).

Din punctul de vedere al psihiatriei judiciare, discernămintul minorului este in formare intre 14—16 ani ; acesta răspunde juridic limitat numai dacă se stabileşte existenţa discernămintului la expertiza medico-legală psihiatrică (art. 99 C.P.). Minorul de 16 ani are discernămint. Nu există o corelaţie de proporţionalitate intre virstă şi discernămint (intilnită in formularea eronată „discernămintul virstei").

Conform principiului de drept roman „parens patriae", legea vizează măsuri corecţional-recuperatorii pentru delincventul minor şi nu punitive. Astfel, minorul al cărui discernămint este afectat este internat intr-un institut medical educativ, unde i se aplică tratamentul medical adecvat şi beneficiază de educaţie şcolară profesională corespunzătoare (art. 105 C.P.). Orice internare de acest fel durează pină la 18 ani, cind instanţa poate decide prelungirea internării pe o durată de cel mult doi ani „dacă aceasta este necesară realizării scopului internării" (art. 106 C.P.).

129. DELIR[(D)] (cf. lat. *delirium* „delir") ● Problemă fundamentală a psihopatologiei, despre care K. JASPERS spunea : „delirul a fost dintotdeauna considerat drept fenomen fundamental al nebuniei". N. VASCHIDE afirma, nu mai puţin categoric „delirul este cea mai inaltă exprimare a activităţii mintale morbide". Mai recent, TATOSSIAN sublinia



Hieronymus Bosch

că : „delirul nu a incetat să desfidă eforturile sisifice de a-l inţelege sau măcar de a-l defini".

Dificultăţile sint cu atit mai mari, cu cit termenul este folosit, in limbile de sorginte latină, pentru a defini, pe de o parte, tulburări de aspect confuzo-oniric circumscrise in jurul tabloului clinic tipic de origine toxică din delirium tremens, pe de altă parte, ideile delirante, adică acele idei in raport de evidentă contradicţie cu realitatea, articulind pararealitatea in care subiectul crede, impenetrabil la critică şi argumente ale logicii formale, modificindu-şi sistemul axiologic şi comportamental, idei cărora le corespund stări afective adecvate.

Incercările de a descrie sintetic acest din urmă tip de delir, mai bine zis trăirile delirante sau experienţele delirante — cum le numesc unii autori, s-au lovit intotdeauna de obstacole practic insurmontabile. In modul cel mai general el reprezintă o distorsiune esenţială a raportului individului cu realitatea. Acest lucru transformă ordonarea acceptabilă a realităţii intr-una proiectivă şi individuală, in care „gradul de realitate" (H. EY) se modifică profund faţă de valorile lui anterioare. Sistemul de convingeri al individului nu se mai „acordează" la spaţiul şi timpul inconjurător, nu mai suferă acţiunea modelatoare

interrelaţiilor cu ceilalţi. El se dezvoltă din sine, rămînînd mereu egal cu propriile sale axiome, care grupează fapte şi orientează acţiuni presupuse a fi demonstrative prin simpla lor existenţă. Este o desemnificare a lumii, urmată de o monosemnificare greşită şi niciodată clarificată, pe care delirantul o regăseşte oriunde şi oricînd, ca dovadă supremă şi unică a existenţei sale. El transformă „a fi în lume" în „a fi alături de lume", fiind despărţit de lumea reală prin propria lume, care nu mai constituie o parte a realului, ci un labirint de oglinzi al imaginarului, în care semnificaţiile sînt multiplicate caleidoscopic pentru a dezvolta o complicată arhitectură a pseudorealului.' Este elocventă, în acest sens, caracterizarea lui P. GUIRAUD, care consideră delirul drept o tumoră malignă ce invadează gîndirea nu numai în sensul metaforei propriu-zise, ci şi al posibilităţii de comparare a ideilor delirante cu celulele nediferenţiate ale tumorii, lipsite de orice funcţie şi posibilitate de integrare într-un organism, cu o fantastică putere de dezvoltare faţă de celulele normale. Privit din acest punct de vedere, delirul nu poate fi redus la nici o tematică anume, nici la un mecanism. Tematica delirului se poate referi la oricare din ideile aşa-zis normale ; nu lumea ideilor este cea care se modifică, ci raoprtul pe care ideea îl creează între individ şi realitate, locul pe care acesta şi-l atribuie în lume şi în raport cu aceasta. Nu este surprinzător faptul că, în urmă cu un secol şi jumătate, un psihiatru-scriitor, LAURENT, a colindat azilele epocii căutînd cele mai nebuneşti idei pentru a le compara cu ideile ce existau în lume, ajungînd la o concluzie paradoxală : „am fost surprins şi ruşinat de faptul că nu am găsit nici o diferenţă". K. JASPERS a propus drept criteriu salvator incredibilitatea conţinutului delirant, criteriu care implică însă o serie atît de largă de corective, încît devine inoperant. Pentru ca o idee să poată fi considerată delirantă trebuie, după KOLB, „să apară drept improbabilă şi aproape imposibilă unei persoane cu educaţie şi experienţă asemănătoare bolnavului". Aici intră în joc şi capacitatea de înţelegere, cultura şi inteligenţa individului. SÉRIEUX afirmase de mult că „puterea delirantă este în relaţie directă cu mijloacele intelectuale, spiritele sărace avînd întotdeauna tulburări delirante elementare şi puţin complicate". Nu în raport direct cu inteligenţa abstractă sau proiectivă a individului se edifică însă delirul, ci cu trăsăturile fundamentale ale personalităţii sale (în care capacitatea de înţelegere îşi are locul ei), cu gradul de armonizare a acestor trăsături.

Ideea delirantă nu este o părere greşită asupra unui fapt sau unei serii de evenimente, ci o dogmă care mobilizează subit întreaga forţă afectivă şi voliţională pentru a o susţine într-o reprezentare a lumii încărcată de subiectiv. Planul delirului se completează cu cel al senzorialităţii, care poate la rîndul ei să aducă *„argumentele"* halucinaţiilor şi iluziilor, pentru a întregi trăirea sau experienţa delirantă. Identificarea clasică a delirului cu nebunia se referă tocmai la această plutire a subiectului în labirintul propriilor construcţii dereistice, populate cu monştrii somnului propriei raţiuni.

Psihiatria a evoluat în aprecierea şi clasificarea delirurilor, de la varianta tematică la cea etiologică şi apoi la cea evolutiv-structurală. Ultima, şi de fapt singura cu implicaţii nosografice reale, notează deliruri tranzitorii (episoade delirante, bufee delirante) şi deliruri cronice, subîmpărţite, la rîndul lor, în deliruri schizofrenice şi nonschizofrenice (psihoze cronice, parafrenia, paranoia), care diferă în funcţie de o serie importantă de parametri.

În privinţa mecanismelor care stau la baza constituirii delirului, opiniile variază în funcţie de şcoală şi autor. WERNICKE face o primă distincţie între delirul primar şi cel secundar sau de motivaţie. Delirul primar s-ar deduce din stări afective şi nu este legat de idei sau trăiri anterioare. Nu poate fi justificat prin explicaţii psihologice, nefiind inteligibil din acest punct de vedere. Unii autori i-au postulat o cauzalitate organică, neputînd admite lipsa oricărei determinări. El rămîne o veritabilă piatră de încercare pentru psihiatrii care adoptă de multe ori, o atitudine detectivistă, încercînd să facă ordine în această veritabilă hipnoză a incomprehensibilului, amăgiţi de propria imaginaţie. În mod clasic, formele de manifestare ale delirului primar sînt : dispoziţia delirantă, interpretarea delirantă, şi intuiţia delirantă. Delirul primar nu rămîne în forma sa iniţială, ci suferă un proces de transformare generat de dorinţa subiectului de a găsi el însuşi o motivaţie a trăirilor sale primare. Această „muncă delirantă" se sintetizează în teme de mărire sau persecuţie. Delirul secundar se dezvoltă în sensul realizării unei structuri a lumii autistice, în care gîndirea devine dereistică (E. BLEULER).

Pentru FREUD, delirul nu suferă o influenţă somatică imediată, fantasmele fiind cele care pun sub control credinţa subiectului. Delirul ar fi, în această opinie, o construcţie care prezintă şi exprimă direct conţinuturi inconştiente, dintr-o perioadă uitată a vieţii. Psihanaliza va reţine această idee freudiană, potrivit

Tabel nr. XLV

Caracteristicile principale ale delirurilor cronice (Y. Pelicier)

Timie	*Tema dominantă*	*Gradul de coerență al ideilor*	*Personalitate*	*Diagnostic*	*Frecvența medie*
Paradoxală, variabilă	Orice temă, halucinații, interpretări	Foarte redus	Alterată	Schizofrenie paranoidă	+++
Agresivă	Persecuție, interpretări	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir interpretativ paranoic	++
Activă	Persecuție, prejudiciu, idei prevalente	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir paranoid sau de revendicare	++
Tristă, pasivă	Persecuție, vulnerabilitate	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir de revendicare (senzitiv)	+
Variabilă	Persecuție, influență, halucinații	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir halucinator cronic	+
Variabilă	Fantastică	Redus, mobil, anarhic	Păstrată	Delir parafrenic	+

căreia în conținutul fiecărui delir există o realitate cu putere terapeutică. Melanie KLEIN insistă asupra rolului pozitiv al delirului, ca tentativă de restituire a realității, chiar atunci cînd aceasta se face într-un mod fantasmatic. În acest spirit, ea afirmă că delirul de dezintegrare iminentă a universului, din discursul schizofrenului, nu este altceva decît proiecția dezintegrării propriului Eu al subiectului.

Concepția organo-dinamică (H. EY) susține că delirul se constituie pe un mod de cunoaștere cu predominență eterogen față de gîndirea comună a grupului și față de legile sistemului realității. El nu contravine numai logicii raționale, ci corespunde întregii dezorganizări ontologice a experienței credinței și ideilor, a controlului personal asupra sistemului de coexistență între Eu și realitate. Viziunea fenomenologică subliniază faptul că delirul se prezintă brusc ca o lume (O. BINSWANGER), mai bine zis ca un proiect de lume, suferind de o incorijibilitate particulară, în care critica nu lipsește, dar este pusă în slujba delirului. Sînt demne de reținut opiniile lui R. GORI, care afirmă că „ceea ce face delirul este convingerea" (se explică astfel faptul că bolnavul nu poate fi „vindecat" decît dacă își „critică" delirul). Ceea ce realizează diagnosticul este numai descrierea alurii generale a desfășurării delirante, nu și a conținutului delirului, variabil cu fiecare persoană și cu fiecare cultură, pentru că „se delirează cu ceea ce fiecare are și cu ceea ce fiecare este".

130. **DELIR ACUT[D]** ● Sindrom confuzional de cea mai mare gravitate, în care, pe lîngă tabloul psihopatologic modificat, se notează constant tulburări umorale și somatice, deosebite. Descris sub numele de „frenezie acută" de către HIPOCRATE, a fost denumit „delirium acutum" de CALMEIL, care a dat și o primă descriere valoroasă a sindromului. Cu toate că au existat unele încercări nosologizante sau cel puțin de autonomizare a sindromului, lucrările lui MARCHAND din deceniul 1920—1930, orientate anatomo-biochimic, au pus capăt unor discuții interminabile, arătînd că delirul acut este un mod particular de reacție diencefalică la procese patologice diverse. Delirul acut (sau encefalita psihotică acută azotemică) este o circumstanță patologică rară, după unii autori „rarissimă" (R. PLANCHE). Tabloul clinic deosebit de grav durează 7—14 zile și evoluează după următoarele secvențe:

- *faza prodromală*, care poate dura de la cîteva zile pînă la o lună și este marcată de astenie, inapetență, scădere ponderală marcată, tulburări digestive, lipotimie, precum și tulburări psihice ;

- *faza de debut*, marcată de agitaţie însoţită de halucinaţii auditive şi vizuale, la care se adaugă o alterare rapidă a stării generale a bolnavului ;
- *faza de stare*, care înglobează semne psihice (agitaţie extremă, violenţă cu tentative de auto- şi heteroliză, insomnie completă, delir oniric, confuzie variabilă de la un moment la altul, sitiofobie intensă şi totală), semne neurologice (exagerarea reflexelor osteotendinoase, mitremurături, hipertonie musculară, midriază bilaterală), semne somatice (deshidratare, echimoze multiple, peteşii, „limbă arsă", tulburări sfincteriene, tulburări neurovegetative, prezenţa constantă a febrei), semne umorale (acidoza sanguină, scăderea rezervei alcaline, creşterea hematocritului, hiperazotemie — semn patognomonic — cu o creştere a ureei peste 1 g, albuminurie, acetonurie, hipernatriemie, hipokaliemie, hiponatriurie, hiperkaliurie) ;
- *faza de remisiune aparentă*, în care pe prim plan trece confuzia (torpoarea şi stupoarea înlocuiesc agitaţia), temperatura scade iar sitiofobia este înlocuită de sete intensă ;
- *faza terminală*, dominată de apariţia semnelor prăbuşirii circulatorii, cu accentuarea deshidratării şi a creşterii ureei (pînă la 10 g) ; tulburările ritmului cardiac, tulburările respiratorii grave, accentuarea tulburărilor trofice (escare şi echimoze difuze) precedă coma şi moartea.

Acest tablou deosebit de grav duce în mod clasic, în 90% din cazuri, la un sfîrşit fatal (după unii autori, în toate cazurile — în epoca anterioară existenţei medicaţiei antibiotice, neuroleptice şi terapiei electroconvulsivante).

Tot în mod clasic, delirului acut i se descriu forme variate, printre care: forma hemoragică (MARCHAND şi COURTOIS), forma coreiformă (TRENEL), forma stuporoasă acută (SCHULE), forma extrapiramidală (GUIRAUD şi DE LA VIGNE).

Din descrierea de mai sus rezultă faptul că termenul de delir acut nu trebuie aplicat în mod eronat manifestărilor delirante care apar brusc sau cu o mare intensitate. Concepţia lui MARCHAND, referitoare la creşterea azotemiei, confirmată de datele lui SEUJE, REILLY, LABORIT, COIRAULT rămîne linia de demarcaţie a delirului acut. El se deosebeşte prin prezenţa hipertermiei de stările de excitaţie din mania acută sau epilepsie. De asemenea, prin agitaţie se deosebeşte de delirul acut din sindromul acut postneuroleptic. Circumstanţele sale etiologice rămîn obscure, putînd apare în cadrul unor afecţiuni infecţioase (gripă, erizipel, febră tifoidă, parotidită, reumatism articulat acut), după intervenţii chirurgicale, în perioada puerperală, după o vaccinare, după afecţiuni generale grave, în evoluţia unor psihoze, ca o complicaţie a deliriumului tremens.

Tratamentul delirului acut impune instituirea de urgenţă a unei rehidratări intensive şi reechilibrări ionice pe cale parenterală, sedarea stării de agitaţie prin neuroleptice, în doze mari, intramuscular. Atunci cînd tulburarea neurovegetativă este simptomul alarmant şi central, trebuie recurs la perfuzii intravenoase de corticoizi şi terapie antipiretică. Electroşocul este de asemenea eficace.

131. **DELIR ACUT AZOTEMIC[D]** ● Formă de delir acut. Unii autori identifică toate delirurile acute cu delirul acut azotemic (MARCHAND) → DELIR ACUT.

132. **DELIR (AL) ACTELOR[D]** — sin. NEBUNIE RAŢIONALĂ → ACT PATOLOGIC.

133. **DELIR ACUT IDIOPATIC CALMEIL[D]** — sin. PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ → CALMEIL[D] delir.

134. **DELIR (DE) CONTACT[D]** (ESQUIROL — 1838) sin. → ABLUTOMANIE.

135. **DELIR (LA) COPIL[D]** ● Deşi delirul nu este o entitate rară la copii (avînd în vedere posibilitatea unor circumstanţe organice variate şi rezistenţa mai redusă a organismului la această vîrstă), delirul propriu-zis „are o raritate extremă, părere universal admisă" (MICHAUX). Dintre delirurile sistematizate cronice, cele cu tematică predominant imaginativă, sînt mult mai frecvente (aproape cvasitotale) decît cele interpretative. Delirurile copilului sînt caracterizate prin instabilitate, reversibilitate şi lipsa unei convingeri absolute (de fapt caracteristică vîrstei). Tematică este doar schiţată şi are ca subiect predilect filiaţia şi grandoarea.

Delirurile induse sînt mult mai rare, deşi, prin sugestibilitatea crescută, copilul pare a fi un candidat ideal în a deveni victima acestor deliruri. Cu toate că şi alte condiţii ale delirului indus — inferioritatea intelectuală faţă de inductor, contactul prelungit cu acesta, situaţia de dependenţă afectivă — sînt îndeplinite, copilul nu devine receptorul delirului, fiind incapabil de a realiza „construcţia delirantă", care necesită concentrarea ideii, perse-

Scanned with OKEN Scanner

verență tematică și o oarecare experiență de viață (care să ducă la respingerea unor situații ca fiind imposibile), premise absolut necesare pe care copilul nu le îndeplinește.

136. **DELIR (CU) ECLIPSE**(D) • A fost descris de LEGRAIN în alcoolismul cronic, ca o formă de psihoză în care conținutul delirant revenea periodic și stereotip și care în literatură apare sub numele de→ECLIPSĂ CEREBRALĂ.

137. **DELIR (DE) INTUIȚIE**(D) • Termen prin care TRAGOWLA și DUBLINEAU descriu o serie de deliruri : deliruri de intuiție pură, deliruri cu predominență intuitivă și delir cu debut intuitiv. În prima categorie este vorba de construcții delirante întreținute în mod unic prin aport continuu sau discontinuu de intuiții care se întîlnesc sau se juxtapun. În a doua categorie se include forma cea mai frecventă de prezentare a delirurilor de intuiție. Nosografia lor se întinde de la psihozele afective pînă la stările confuzionale. Delirurile cu debut intuitiv pot îmbrăca fie aspectul unor megalomanii, fie pe cel al unor deliruri erotomanice. Autorii ajung la următoarele concluzii :

- delirurile pasionale evoluează gravitind în jurul unei idei, pornind de la o concepție intuitivă ;
- delirurile cu predominență intuitivă se dezvoltă, în mod obișnuit, pe un teren afectiv sau subconfuzional ;
- unele psihoze cu debut intuitiv trec de la o fază intuitivă, pură sau cu predominență intuitivă, către o stare schizofrenică ;
- nu se poate delimita o psihoză intuitivă autonomă.

138. **DELIR (AL) INVENTATORILOR**(D) → INVENȚIE(D) delir.

139. **DELIR ÎN DOI**(D) **(FOLIE À DEUX)** — sin. DELIR INDUS • Delir manifestat simultan, cu conținuturi asemănătoare sau identice la doi indivizi aflați în proximitate și avînd, de obicei, o tematică persecutorie. Termenul îi aparține lui LE GRAND DU SAULLE, iar descrierea magistrală, făcută de FALRET și LASÈGUE (1877), își păstrează și în prezent finețea observației și actualitatea. Condițiile speciale în care se poate înregistra delirul în doi (după acești autori) sînt : existența unui inductor mai inteligent decît indusul, acesta din urmă avînd un rol pasiv, de receptor, care, sub presiunea activă a delirantului, „rectifică" și „coordonează" conținutul delirant, devenit o „creație comună" ; cei doi subiecți trebuie să locuiască împreună și să împărtășească un mod de viață comun, avînd interese, aspirații și temeri comune ; delirul trebuie să aibă un grad de „credibilitate" care să-l mențină în limitele posibilului. Această condiție este obligatorie pentru a se putea realiza transferul ideo-afectiv. Delirul în doi nu este în raport cu vîrsta și apare mai frecvent la femei, cu predilecție în cuplurile mamă-fiică, dar și în cupluri mixte ; majoritatea absolută o reprezintă însă cuplul soț-soție, în care inductorul masculin este numai cu un procent mic mai frecvent decît cel feminin. În cea mai mare parte a cazurilor, indusul este mai puțin „convins" de delir, fenomenele delirante avînd la el o pondere mai redusă. Factorul ereditar, adus în discuție de autorii clasici, a fost reluat în considerație de KALLMAN și MICKEY, care arată că „doar eliminarea factorului ereditar dă posibilitatea de a se vorbi de un delir à deux" (1946). J. DELAY va arăta totuși că nu ereditatea, ci viața în comun, „diviziunea muncii delirante" (CLÉRAMBAULT) și predispoziția spre delir a partenerului influențează efectiv apariția delirului. Separarea subiecților duce la dispariția simptomatologiei la cel indus fără un tratament specific. Această separare trebuie să fie însă reală și completă, deoarece experiența a arătat că internarea subiecților în secții diferite ale aceluiași spital oferă posibilitatea continuării bolii. REGIS a diferențiat delirul în doi de delirul simultan.

140. **DELIR (DE) METAMORFOZĂ**(D) sin. → METABOLIC(D) delir.

141. **DELIR MIXT**(D) sin. → COMBINAT(D) delir.

142. **DELIR TRANZITORIU**(D) • Termen sub care autorii clasici din secolul trecut (KRAFFT-EBING, SCHWARTZ, REGIS, VALLON) descriau accese delirante foarte scurte și nerecidivante (de obicei de origine toxi-infecțioasă).

143. **DELIRIUM TREMENS**(D) (cf. lat. *delirium* ; tremere „a tremura") • Encefalopatie metabolică acută care complică episodic și uneori repetitiv evoluția alcoolismului cronic constituit ca dependență fizică. Termenul este folosit prima oară de SUTTON (1813) și leagă într-o sintagmă deosebit de sugestivă cele două caracteristici clinice principale ale acestei stări confuzionale, cu debut brusc : delirul și tremurăturile.

Scanned with OKEN Scanner

ROUYER va fi cel care va stabili relaţia dintre delirium tremens şi alcoolism, iar MAGNAN îl va izola de celelalte deliruri alcoolice (1874). MARCHAND va arăta apartenenţa acestui delir la grupul delirurilor acute, iar BOUDIN şi LAURAS vor descrie sindromul biologic care îl însoţeşte.

Delirium tremens survine mai rar în ultimele decenii, odată cu introducerea medicaţiei sedative în stadiul prodromal. Interesează de obicei adultul (vîrsta medie 45 ani) alcoolic (după mai mulţi ani de consum) şi constituie o urgenţă medicală redutabilă. Cauza declanşantă obişnuită este sevrajul brusc, voluntar sau determinat de o infecţie intercurentă, afecţiune traumatică, chirurgicală, hemoragică, de o internare pentru afecţiuni banale sau episoade de beţie acută, detenţie, lipsa resurselor băneşti necesare procurării băuturii etc.

Dependenţa fizică şi psihică al căror simptom este deliriumul tremens urmează unui stadiu de toleranţă, „veritabilă perioadă de adaptare fiziologică şi enzimatică la intoxicaţia alcoolică" (NINET, 1983). Mecanismele biochimice ale deliriumului tremens sînt incomplet clarificate pînă în prezent. Se presupune că ar fi vorba de persistenţa hiperactivităţii enzimatice a sistemului microsomal hepatic din stadiul de dependenţă a alcoolismului cronic, care ar produce exagerarea metabolismului (LIEBER, 1978), teorie ce este valabilă pentru explicarea toleranţei, nu şi pentru cea a dependenţei (NINET) sau ar putea fi implicate variaţii ale nivelurilor neurotransmiţătorilor (dopamina, 3-metoxi-tiramina, noradrenalina, 5-hidroxi-triptofanul scăzute la nivelul nucleului caudat — CARLSSON, 1978). Tremurăturile ar fi de natură hiperadrenergică cu creşterea meta-metoxi-parahidroxi-fenil-glicolului (MHPG) în lichidul cefalorahidian şi cu scăderea acidului 5-hidroxi-indolacetic (5-HIAA) (BECKMAN, 1977). KOYAMA (1977) a găsit o scădere tisulară a acidului gamaaminobutiric la epilepticii alcoolici, ceea ce l-a făcut să considere că alcoolul se comportă la nivelul cerebral ca un precursor al acestui acid, deşi HAWLEY ş.a. (1981) nu au găsit modificări ale GABA în lichidul cefalorahidian la alcoolicii în sevraj. Se mai presupune că ar juca un rol neuromediatorii anormali rezultaţi prin condensarea neuroaminelor cerebrale cu acetaldehida (salsolinolul — asemănător cu alcaloizii din peyotl, tetrahidropapaverolul, tetrahidroquinoleinele) care, fie că ar inhiba competitiv fixarea neuroaminelor fiziologice, fie că ar acţiona prin mecanisme asemănătoare morfinei asupra opioreceptorilor, substituindu-se ca substrat fiziologic al endorfinelor situîndu-se astfel la originea dependenţei şi sevrajului care ar fi deci identic cu cel al altor droguri. Dar această ipoteză nu este verificată datorită absenţei toleranţei încrucişate la morfină şi alcool. Nu sînt încă clare rolul sistemelor enkefaline-endorfine şi ale receptorilor, enzimelor şi componentelor lipidice membranare (deşi se vorbeşte de o veritabilă „boală a membranei celulare" în alcoolismul cronic). Se reţine totuşi o perturbare, în sevraj, a cuplării („binding") GABA de receptori (TICKU, 1980), o scădere a activităţii ionilor de sodiu, potasiu şi a adenozintrifosfatazei (COWAN, 1980), un blocaj al receptării calciului (HARRIS, 1980), perturbarea cuplării betareceptorilor cu anumite enzime, ca tirozina, hidroxilaza, adenilciclaza (BLACK, 1980). Se presupune, de asemenea, că în alcoolismul cronic apare o creştere a colesterolului membranar (GOLDSTEIN, 1981), avînd drept consecinţă apariţia fenomenului de toleranţă (prin diminuarea progresivă a capacităţii de fixare membranară a alcoolului — SCHROEDER, 1981) şi modificarea proprietăţilor electrice membranare prin modificarea mediului de funcţionare a enzimelor şi receptorilor membranari (SCOTT, 1981). Consecinţele acestor modificări complexe, dovedite sau parţial demonstrate, sînt perturbările hidroelectrolitice, hiperadrenergia, perturbarea fazelor somnului, apariţia crizelor epileptice, tulburări de sincronizare a transmisiei neuromusculare, care ar explica şi ele apariţia tremurăturilor (NINET).

Tabloul clinic prezintă variaţii în funcţie de stadiul şi evoluţia episodului:

● *Faza prodromală*: apare la 12—48 ore după sevraj (stadiul de predelirium, în care, în prezent, de cele mai multe ori, sindromul este cupat terapeutic prin intervenţia medicală de urgenţă). Simptomatologia este discretă şi scurtă, riscînd să treacă neobservată de bolnav şi anturaj: discret tremor labio-digital cu dificultăţi de vorbire, senzaţie de oboseală, maleză generală, crampe musculare, greţuri, vărsături, uneori inapetenţă pentru alcool şi alimente, incoordonare motorie, transpiraţii, rareori tulburări de echilibru. Simptomele psihice constau în insomnii, visuri profesionale sau coşmaruri însoţite de tresăriri în somn şi anxietate.

● *Faza de stare*: constă în alterarea stării generale, cu accentuarea semnelor somatice şi neurologice enumerate. Sindromul neurologic constă în tremurături generalizate, permanente, îndeosebi distale, cu tulburări consecutive de coordonare a mişcărilor şi inabilitatea subiectului de a executa acţiuni simple,

chiar gesturi uzuale. Dizartria devine evidentă, logoreea se desfăşoară cu o voce nesigură, neclară, bolborosită, iar ataxia determină tulburări de echilibru şi mers cu tendinţă la cădere. În cazurile grave pot apărea tulburări de deglutiţie, hipertonie de opoziţie la mobilizarea musculaturii cefei şi membrelor, diminuarea sau abolirea reflexelor ahiliene, chiar o reacţie uşoară de prehensiune (grasping). În absenţa unei cauze neurologice a declanşării sevrajului lipsesc semnele de focalizare: pupilele sînt egale, simetrice, reflexele cutanate plantare se fac în flexie; lipsesc modificările EEG, ale fundului de ochi şi ale lichidului cefalorahidian. Uneori scena clinică a deliriumului tremens este deschisă de crize convulsive generalizate (rumfits), unice sau multiple, chiar de o stare de „rău epileptic". Frecvenţa lor este variabilă, după diferiţi autori (oscilînd între 10—25% din cazuri). Crizele convulsive survin la alcoolicii care nu au prezentat anterior o epilepsie; apar ca urmare a scăderii pragului convulsivant, favorizată de hipocapnie şi alcaloza respiratorie, secundare hiperventilaţiei, ce apare în prima zi de abstinenţă, precum şi de hipomagneziemie. Sînt de asemenea implicate hipoglicemia şi carenţa de B_6. Delirium tremens poate succeda imediat crizele convulsive sau poate apărea după intervale variabile (12 ore—5 zile); persistenţa crizelor convulsive pe parcursul deliriumului poate sugera coexistenţa unei leziuni cerebrale.

Sindromul neurovegetativ, asociat celui neurologic, constă în hipertermie de origine centrală, ce poate creşte progresiv la 41°C, în absenţa oricărui proces infecţios concomitent, însoţită de sudoraţie abundentă, constantă, cu semne marcate de deshidratare intra- şi extracelulară (sete accentuată, uscăciunea mucoaselor, pierderea de greutate, scăderea tensională, tahicardie, oligurie).

Semnele umorale alcătuiesc sindromul bioumoral, „veritabilă catastrofă biologică" (PÉLICIER): hemoconcentraţie, hiperazotemie şi hipercatabolism azotat cu creşterea ureei urinare (8 g ‰), hipokaliemie relativă (130—150 mg ‰) cu hiperkaliurie (2—5 g/zi), hipernatriemie cu natriureză scăzută, acidoză metabolică şi creşterea corpilor cetonici sanguini şi urinari, prin mobilizarea neoglicogenezei de origine protidică, eozinopenie.

Sindromul psihic constă într-un delir confuzo-oniric, de intensitate şi complexitate variabile. Debutează cu iritabilitate şi anxietate, obnubilarea conştiinţei, iniţial odată cu inserarea, apoi sub forma unor accese scurte confuzive şi de dezorientare, intricate cu primele elemente ale delirului, care apare sub forma unor bufeuri de halucinaţii şi iluzii vizuale tranzitorii, generînd agitaţii anxioase, privite la început critic de către bolnav. Apoi confuzia devine completă, dezorientarea auto- şi alopsihică profundă; delirul devine polimorf, bogat, nesistematizat, labil (accentuat de obscuritate, contenţie, anturaj), de aspect oniric. Halucinaţiile sînt polisenzoriale, dar de obicei vizuale (paraidolii) şi mai rar auditive, amestecîndu-se cu elemente din realitatea ambiantă şi organizîndu-se în scene terifiante. Zoopsiile sînt cele mai frecvente, fiind percepute ca animale obişnuite sau fantastice, înfricoşătoare, mobile, agresive, care se mişcă pe pereţii camerei. Temele profesionale ale delirului sînt cele mai obişnuite, bolnavul interpelînd sau aruncînd invective colegilor imaginari, dorind să lucreze în pofida stării sale. Această activitate delirantă onirică se însoţeşte de insomnie totală, trăită intens anxios, generînd agitaţie extremă; bolnavul schiţează mişcări dezordonate sau manipulează obiecte imaginare; se pot declanşa astfel reacţii de fugă (cu defenestrare) sau de apărare (cu agresiune). Sechelar rămîne aproape totdeauna o amnezie lacunară a întregii perioade confuzionale, cu o idee fixă postonirică.

Evoluţia depinde de detectarea precoce şi instaurarea promptă a tratamentului adecvat care asigură vindecarea în majoritatea cazurilor. Mortalitatea a scăzut de la 30% la 15% după introducerea terapiei sedative şi a rehidratării (THOMPSON, 1975); poate atinge totuşi valori de 25% în cazul asocierii unei patologii viscerale majore. Formele mortale sînt fie cele grave „d'emblée", cu tulburări neurologice severe şi crize convulsive, fie formele tratate tardiv sau insuficient. Se poate astfel ajunge la deshidratare gravă, comă hipertermică, colaps cardiovascular sau complicaţii care pot, de altfel, să fi fost implicate şi în declanşarea sevrajului (hemoragii digestive, insuficienţă hepatică, comă prin hiperamonienie, bronhopneumonie, septicemie cu şoc septic, hemoragie cerebromeningeană, hematom subdural, tromboembolie pulmonară, tulburări de ritm cardiac). Evoluţia la distanţă este nefavorabilă, existînd posibilitatea recăderii, datorită continuării consumului (prin dependenţa fizică) şi instalării altor complicaţii (neurologice) ale alcoolismului cronic. Complicaţiile psihice constau în ideea fixă postonirică, psihoza delirantă cronică, sindromul Korsakov, demenţa Gayet-Wernicke, atrofia cerebrală cu demenţă profundă.

Diagnosticul diferenţial se face cu alte tulburări psihice acute care interferă evoluţia alcoolis-

mului cronic : beţia complicată, encefalopatia hiperamoniemică şi cea carenţială. Alte afecţiuni care pot declanşa delir la un alcoolic, pot fi confundate cu deliriumul tremens : infecţii pulmonare, meningite, septicemii, infecţii intestinale, urinare, hemoragii digestive, meningeale, traumatisme craniocerebrale cu risc de hematom subdural. Mai trebuie luate în considerare şi alte afecţiuni care pot genera stări delirante (delirium) asemănătoare deliriumului tremens, dar în care etiologia alcoolică lipseşte : pancreatita acută, atingeri septice severe, leziuni neurologice prin tulburări de circulaţie cerebrală, perturbaţii metabolice (hipoglicemie, hipercalcemie).

Tratamentul urmăreşte următoarele obiective :

● *Corectarea tulburărilor metabolice şi nutriţionale* : rehidratare (parental şi per os — 2,5 litri lichid pe zi în primele 48 de ore) ; corectarea dezechilibrului electrolitic va fi asociată rehidratării (4 g NaCl şi 2 g KCl cel puţin, la un litru de perfuzie), pentru a evita riscul hiponatriemiei severe prin rehidratare intempestivă. Se adaugă 10 ml sulfat de magneziu 20%, 10—40 ml clorură de calciu 10% sub controlul ionogramei ; aport vitaminic (tiamină — 1 g i.m. în prima zi şi 500 mg zilele următoare —, vitaminele B_6, PP, B_{12}, K).

● *Prevenirea şi tratarea complicaţiilor de natură infecţioasă* : se consideră că un bolnav din trei prezintă o afecţiune de această natură, care a constituit factorul declanşator al deliriumului tremens şi se datorează depresiei imunitare întîlnită frecvent la alcoolici ; 80% din decese survin într-un tablou infecţios grav. Cel mai des implicaţi sînt bacilii gram-negativi şi pneumococul. Antibioterapia precoce, condusă de antibiogramă, poate soluţiona multe din aceste cazuri.

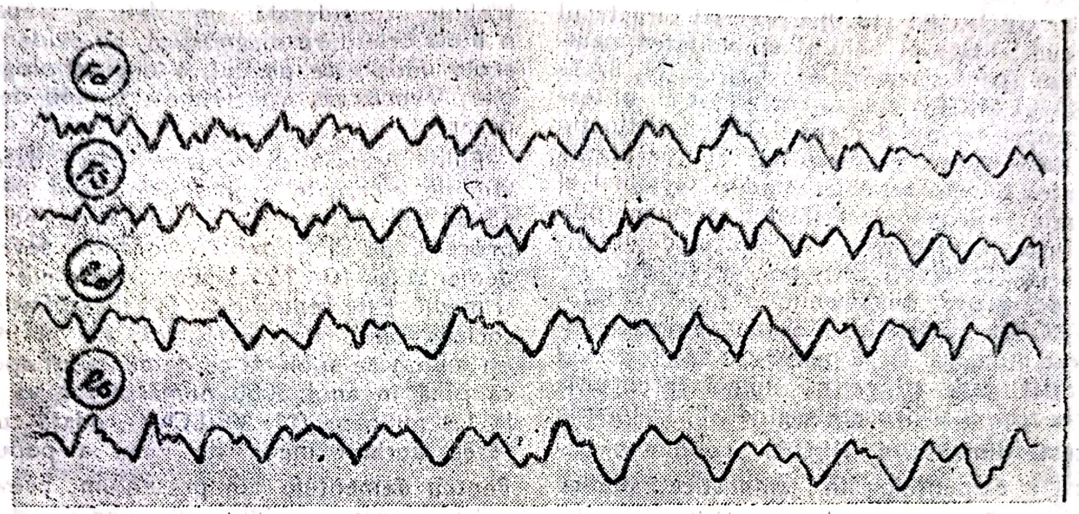
● *Sedarea* : sînt preferate benzodiazepinele şi meprobamatul pentru acţiunea lor combinată, anxiolitică, miorelaxantă şi eventual anticonvulsivantă, asociată slabei lor toxicităţi şi bunei manevrabilităţi terapeutice. Meprobamatul a fost primul sedativ utilizat în tratamentul deliriumului tremens. În primele 48 de ore de spitalizare se administrează 800 mg. i.m. sau per os, de 4—8 ori pe zi, obţinîndu-se pe lingă sedare şi o bună prevenire a apariţiei crizelor convulsive. Nu se vor depăşi 6 g/zi pentru a nu creşte riscul de colaps (prin vasoplegie şi insuficienţă ventriculară, stîngă) şi de insuficienţă hepatică ; deşi aceste riscuri nu sînt citate constant în literatură unele cauze de deces în delirium tremens nu sînt clare, ceea ce determină luarea lor în considerare (NINET). Benzodiazepinele (clordiazepoxidul, diazepamul) sînt frecvent utilizate datorită eficacităţii superioare meprobamatului şi, în general, oricărei alte substanţe sedative, inclusiv heminevrinului. Dintre neuroleptice sînt preferate butirofenonele (în cazurile de agitaţie confuzivă delirantă sau delirant-onirică intensă). Pentru efectul lor anticonvulsivant, în cazul convulsiilor apărute în primele 48 de ore, dar şi profilactic sînt utilizate difenilhidantoina (Dilantin, Fenitoin, Epanutin) şi clometiazolul (Hemineurin, Distraneurin), substanţă cu mare valoare terapeutică în delirium tremens datorită efectului sedativ asociat şi efectelor secundare reduse (hipotensiune moderată, uşoară hiposecreţie bronşică). Spitalizarea se va face în servicii dotate, luminoase pentru a evita recrudescenţa simptomatologiei psihice la obscuritate.

144. **DELITON**(M) Japonia — DCI *Clotiapină* ● Neuroleptic, derivat dibenzotiazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)dibenzo/b, f//1,4/-tiazepină, cu acţiune dublă : iniţial anxiolitic-sedativă şi în continuare antipsihotică. Are efecte secundare comune cu ale NL incisive, cărora li se adaugă şi hipotensiunea. Nu se administrează în psihiatria organică şi la vîrstnici.

145. **DELTA** — *ritm EEG* ● Unul din ritmurile principale, alături de α, β, θ, ale activităţii bioelectrice a creierului, format din oscilaţii diferenţiate prin frecvenţă, amplitudine, morfologie, localizare, proporţie, în traseu, mod de răspuns la stimuli. Frecvenţă : 0,5 pînă la 5,5 c/s, cu variaţii foarte mici : ± 0,5 c/s. Amplitudinea : 20—150 μV. Morfologia : polimorf sau sinusoidal, asincron, asimetric. Localizare : variabilă (posibil în orice derivaţii). Proporţia în traseu : absentă în mod normal. Stimularea provoacă amplificare. Ritmul delta este prezent din primele luni de viaţă, fiind considerat fiziologic la sugar, iar la adult are aceeaşi semnificaţie fiziologică numai în stare de somn profund. În afara acestor situaţii prezenţa ritmului delta reprezintă un element, patologic. Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecţiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului delta :

- ritm delta posterior 4 c/s : instabilitatea emoţională a isteriei ;
- ritm delta hipersincron : nevroze, spasmofilii ;
- ritm delta difuz : imaturitate afectivă, tulburări de comportament.

Ritmul delta evidențiază (corelat cu alte elemente grafice) elemente de patologie psihiatrică organică :
- traumatisme craniocerebrale : prezent ritm delta și teta, intricat în ritm alfa,



Delta ritm

cu scăderea frecvenței și amplitudii alfa în emisferul suferind, dispoziția sincronismului — interemisferic ;
- tumori cerebrale : predominența delta în serii lungi, preponderent unilateral (suferință de focar), sau ritm delta polimorf cu amplitudine și frecvență mică, cu tendință la grupare, prezent în toate derivațiile (suferință generalizată) ; la stimulare, amplificarea undelor de partea tumorii ;
- boli vasculare : activitate electrică de tip orizontal (teta, delta), tendință la aplatizare, reactivitate scăzută ;
- demențe presenile : prezențe teta, delta în derivațiile temporale (boala Pick) ; traseu anarhic, delta polimorf predominant temporal, totală areactivitate (boala Alzheimer).

Variante ale ritmului delta (ritmuri secundare) :
- ritmul pi : frecvență 2—3 c/s ; amplitudine 50—70 µV ; morfologie : izolat, lent ; localizare posterioară ;
- ritmul lambda : frecvență 2—3 c/s ; amplitudine 50 µV ; morfologie : „pieptene" ; localizare posterioară.

Ambele ritmuri secundare nu au singure semnificație patologică.

146. **DELTAMINE**(M) Franța — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

147. **DEMADAR**(M) Argentina, Portugalia — DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică, indicat în distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu o bună toleranță și o singură contraindicație — miastenia.

148. **DEMALIT**(M) Finlanda — DCI *Litiu citrat* ● Timoizoleptic — sare de litiu — cu performanțe comparabile cu ale produsului CARBONAT DE LITIU(M) România → LITIU — săruri.

149. **DEMBO-RUBINSTEIN** — *metodă* ● Metodă de evaluare a trăsăturilor de personalitate, pusă la punct de cei doi autori în 1968, care are la bază principiul autoaprecierii. În 1972, T. M. GABRIEL îi adaugă o scală cantitativă.

150. **DEMENȚE** (cf. lat. *dementia* „nebunie") ● Grup eterogen de afecțiuni psihice, caracterizate prin scăderea generală, progresivă și nereversibilă a activității psihice, condiționate de modificări organice cerebrale care se reflectă implicit asupra activității generale a subiectului. Elementele definitorii sînt oferite (în ciuda dificultăților de delimitare nosologică) de : sindromul demențial comun, semnele de organicitate asociate, evoluția cronică, ireversibilă sau parțial reversibilă (în funcție de etiologie).

În istoria definirii sale, conceptul de demență a suferit multiple interpretări teoretice, în funcție de achizițiile științifice și de diverse curente biomedicale. PINEL este cel care a

sesizat diferenţa dintre „slăbirea intelectuală" din demenţe şi tulburările psihice de cu totul altă factură din deliruri ; ESQUIROL a marcat deosebirea dintre caracterul congenital (idioţia) şi cel dobîndit (demenţa) al deficitului intelectual, iar GEORGET (1820) a precizat caracterul de incurabilitate al bolii şi stupiditatea manifestărilor (confuzia mintală) ; CHASLIN, BAYLE, BAILLARGER ş.a. au completat cu observaţii proprii tabloul demenţial, făcînd distincţie între demenţele organice (cu leziuni cerebrale evidente) şi cele vesanice (stadiul terminal al psihozelor endogene). Psihiatrii germani pun de la început accentul pe „defectul de inteligenţă" (K. SCHNEIDER), pe care îl diferenţiază de grupa oligofrenilor. K. JASPERS, BOSTROEM, GRUHLE ş.a. au semnalat întinderea mult mai largă pe care o are procesul demenţial, care atinge nu numai inteligenţa propriu-zisă, ci şi procesele gîndirii ; în funcţie de aceste dimensiuni, KLOSS propune o clasificare a demenţelor în : amnestice, abulice şi alogice. Conceperea demenţei din perspectiva tulburărilor organice începe prin descrierea degenerescenţei cerebrale arteriosclerotice (O. BINSWANGER, 1894 ; ALZHEIMER, 1898). KLIPPEL şi LHÉRMITTE (1905) descriu demenţa senilă pură, iar ALZHEIMER (1906) — demenţa presenilă ce-i va purta numele ; PICK (1892, 1904) descrie două cazuri de atrofie cerebrală localizată, al căror tablou va fi ulterior definit de ONARI şi SPATZ.

Aspectele organice, caracterizate printr-un pronunţat polimorfism, supraevaluate de unii şi negate de alţii, rămîn, în concepţia lui ZUTT, elemente de subsumare în cadrul delimitării nosologice a demenţei.

Dificultăţile de fixare a graniţelor afecţiunilor demenţiale decurg şi din considerente strict psihopatologice, care evidenţiază nu numai deficitul apărut la nivelul operării deductive logice, ci şi la nivelul aprecierii critice şi a autocontrolului, de care depinde ancorarea subiectului în lumea exterioară (PAULEIKHOFF). Lucrările unor autori ca BÜRGERPRINZ, ZEH, AJURIAGUERRA au încercat să abordeze o modalitate de analiză structurală a fenomenului deteriorării din demenţe, datorat proceselor de atrofie cerebrală, care implică o regresie secvenţială cronologică în ordine inversă achiziţionării.

Ultimele decenii au fost caracterizate de eforturi susţinute în ceea ce priveşte stabilirea etiopatogeniei şi valoarea unor mijloace terapeutice specifice, care dovedesc, aşa cum sublinia WEITBRECHT, că demenţa nu mai trebuie considerată un deficit ireparabil ; o bună orientare diagnostică, cu evidenţierea, acolo unde este posibil, a unei etiologii precise, favorizează astăzi unele terapii de recuperare.

Epidemiologia demenţelor oferă date prin studiile efectuate asupra populaţiei de peste 65 de ani, la care în S.U.A. se apreciază un procent de 5% pentru formele severe de demenţă şi 10—15%, pentru formele uşoare şi medii. Este semnificativ şi aspectul asistenţei sociale, care, în această ţară, are în îngrijire un milion de subiecţi cu demenţe, şi apreciază că pînă în anul 2000 numărul lor va creşte la 1,4 milioane (M. VOLOW), odată cu creşterea duratei medii de viaţă a populaţiei. Pentru demenţele din presenium, prevalenţa se situează la populaţia generală între 0,10—0,15%, afectînd predominant sexul feminin (ca şi cele senile dealtfel).

Etiopatogenia demenţei are un determinism multifactorial care se centrează în jurul leziunilor cerebrale, dar la care contribuie în bună parte şi patologia sistemică. La acestea se adaugă influenţa pe care o pot avea asupra debutului şi evoluţiei generale a bolii factorii psihosociali, între care gradul de instrucţie, personalitatea premorbidă şi factori educaţionali au un aport important la capacitatea de compensare a deficitului. În ceea ce priveşte circumstanţele etiologice generatoare ale procesului organic cerebral, acestea pot fi extrem de variate : infecţioase (bacteriene, virale), vasculare, toxice, traumatice. Nespecifice, polimorfe, diseminate, cu predominenţă multifocală sau difuze, leziunile de la nivelul scoarţei cerebrale sînt întotdeauna bilaterale, conferind exprimări clinice variate, interferate cu premorbidul specific al personalităţii bolnavului.

În ceea ce priveşte clasificarea demenţelor, nici uneia dintre clasificările cunoscute nu i se poate atribui o rigurozitate desăvîrşită. MALLET (1935) împarte demenţele în primitive (în care include „demenţa precoce" kraepeliniană şi demenţele „accidentale" — ca

paralizia generală, encefalitele psihozice, demențele infecțioase) și secundare (consecutive unor afecțiuni psihice cronice — ca mania, epilepsia, deliruri cronice, sifilis cerebral, demența posttraumatism craniocerebral). Tot criteriul etiologic împarte demențele, fără a ține seama de interferențe, în : vasculare, tumorale, traumatice, postencefalitice, alcoolice, epileptice etc., iar cel de localizare (după JOYNT și SELTZER), în : demențe corticale, axiale și subcorticale. Criteriul cronologic nu poate nici el delimita net momentul debutului unei anumite forme clinice, dar oferă o anumită funcționalitate, operativitate și eficiență în orientarea diagnostică. În baza acestui criteriu, fără însă a-l absolutiza, pot fi considerate următoarele tipuri de demențe :

- *demențe ce pot apărea la orice vîrstă* ;
  - demențe posttraumatice ;
  - hidrocefalia cu presiune normală ;
  - demențe toxice ;
  - demențe din afecțiuni neurologice ;
  - demențe din bolile infecțioase ;
- *demențe presenile* :
  - demența Alzheimer ;
  - boala Pick ;
  - boala Jakob-Creutzfeldt ;
- *demențe tardive* :
  - vasculară ;
  - senilă ;
  - mixtă.

Diagnosticul pozitiv va trebui să ia în considerare prezența sindromului demențial comun, a semnelor neurologice și a datelor oferite de examenele paraclinice care decelează substratul lezional cerebral. Avînd în vedere demersul diagnostic complex și uneori punctat de dificultăți, WELLS și VOLOW propun o secvențializare a etapelor de diagnostic care ar consta din :

- identificarea generală a subiecților cu demență (respectiv sindromul demențial comun) ;
- separarea formelor de demență cu semne neurologice distincte ;
- diferențierea în grupul restant a formelor degenerative, reversibile și a pseudodemențelor (depresive, isterice).

Nici un examen psihic și somatic amănunțit nu poate stabili totdeauna cu precizie în ce punct sfîrșește o funcție normală și unde începe demența, de aceea situațiile de supra- sau subapreciere nu sînt tocmai rare.

Sindromul demențial comun este marcat de deteriorarea severă a performanțelor intelectuale și cognitive ale subiectului, în primul rînd (cronologic) în sfera atenției (dispersată, fatigabilă) și a memoriei (decalaj între memoria de evocare și a faptelor recente), dar și la nivelul gîndirii abstracte, operaționale, în domeniul achiziționării de noi informații și aptitudini. Ritmul gîndirii se încetinește, cursul îi este întrerupt de asociații verbale prin asonanță sau contiguitate, marcat de circumstanțialitate, adezivitate. Atitudinile abstracte (GOLDSTEIN) sînt dificil de aplicat în practică, generalizarea se face cu dificultate, formarea de noi concepte și sesizarea similitudinilor sau diferențelor dintre ele este greoaie sau imposibilă, ca și distincția dintre esențial și neesențial sau elaborarea de planuri de viitor. Absența conștiinței, caracterul morbid al tulburărilor și aprecierea eronată a unor fapte reale (care nu sînt interpretări delirante) au drept repercusiune o restrîngere a sistemului de valori etico-morale.

Tulburările afective din cadrul sindromului demențial comun își pun amprenta de la început asupra tabloului clinic, prin diminuarea pînă la dispariție a controlului emoțional (descărcări afective violente), iritabilitate, superficialitatea sentimentelor, alternări rapide de la un pol la altul (autodepreciere — euforie). Scăderea motivației și a elanului vital prin restrîngerea sferei de interese generează apatie, indiferentism.

Tulburările de personalitate și de comportament pot merge de la accentuarea unor trăsături caracteristice premorbide, pînă la veritabile modificări patologice. Se pot întîlni : tendință de închidere în sine, subiectul evitînd competiția și schimbările ; accentuarea trăsăturilor obsesive, cu încăpățînare, meticulozitate, rigiditate morală, și coexistența lor cu obsesii și fobii ; accentuarea trăsăturilor paranoiace, cu atitudini disprețuitoare la adresa celorlalți și tendință spre interpretări. Comportamentul este modificat în sensul unor destructurări ale conduitelor datorate scăderii judecății, apragmatism legat de dezinteres, conduite care nu mai respectă normele sociale, cu impolitețe, trivialitate, impulsiuni agresive sau sexuale, avînd uneori implicații medico-legale.

Starea demențială evoluată reunește caracterele clinice prezentate mai sus, dar cu un grad crescut de severitate, cu dezorientare

temporo-spațială totală, discurs incoerent, indiferență totală, inadaptare în raport cu solicitările exterioare, neglijarea autoingrijirilor.

Starea terminală este marcată prin incapacitatea subiectului de a se autohrăni, de a-și păstra higiena. Apare gatismul, care, alături de inerția motorie, grăbește sfîrșitul. Testele psihologice de apreciere a deficitului cognitiv și intelectual își găsesc eficiența doar în fazele incipiente ale unei demențe lent progresive, un tablou demențial evident nemaiavînd nevoie de evaluare psihometrică ; sînt folositoare în diagnosticul diferențial ale pseudodemențelor și în unele localizări cerebrale focale.

Electroencefalografia este astăzi limitată în aplicarea sa de progresele pe care le-a adus tomografia computerizată, dar și de alte tipuri mai vechi de investigație (pneumoencefalografia, examenul fundului de ochi, arteriografia cerebrală, examenul lichidului cefalorahidian — presiune, reacții biologice pentru lues etc.).

Diagnosticul diferențial se face în funcție de stadiul bolii :

- În faza de debut se realizează comparativ cu :
  - stările confuzionale — evoluție scurtă, accentuare vesperală, răspuns terapeutic ;
  - sindromul Korsakov — conservarea capacității de raționament și judecată, evoluție frecvent tranzitorie ;
  - stările depresive — tulburări afective intense, care nu modifică capacitatea operațională ; în cazul depresiilor inhibate, diagnosticarea acestora devine extrem de dificilă, proba terapeutică avînd semnificație decisivă.
- Pentru perioada evolutivă se realizează comparativ cu :
  - oligofreniile — ESQUIROL, subliniind diferența esențială dintre aceste două entități, nota : „dementul este un bogat care s-a ruinat, debitul mintal este născut sărac și rămas sărac" ;
  - stările terminale ale psihozelor delirante cronice — antecedentele, simptomatologia specifică ;
  - pseudodemențele isterice și depresive.

Tabel nr. XLVI

Criterii	*Pseudodemența isterică*	*Pseudodemența progresivă*	*Demența de tip vascular*	*Demența de tip degenerativ*
Debut	brutal, în circumstanțe psihotraumatizante	± brusc	± brusc	insidios
Mod de instalare	rapid (zile)	rapid (săptămîni)	lent (luni)	lent (ani)
Evoluție	variabilă, legată de persistența stărilor conflictuale	stabilă sau ameliorare	degradare în sector	progresivă
Simptome depresive	—	+++	++	+
Labilitate emoțională	+++	+	++++	0
Trăsături paranoice	+	+	++	+++
Dezorientare	++	+	+++	+++
Scădere intelectuală	paradoxală și neomogenă	omogenă	neomogenă	omogenă
Răspuns la antidepresive	—	+++	+	0

În ce privește demențele secundare, prezența factorului etiologic specific și al legăturii temporale cu acesta (succesiunea stărilor demențiale) ușurează diagnosticul diferențial.

Diagnosticul diferențial între diversele tipuri de demențe se face după următoarele criterii :

Tabel nr. XLVII

Criterii	*Demenţa Pick*	*Demenţa Alzheimer*	*Demenţa arteriopatică*	*Demenţa senilă*
1	2	3	4	5
Vîrsta obişnuită a debutului	50—70 ani	45—65 ani	peste 60 ani	peste 70 ani
Tipul debutului	progresiv	insidios dar rapid	consecutiv unui ictus sau progresiv	insidios sau aparent reactiv
Tabloul clinic: ● afectivitate	euforie de tip moriatic sau apatie	agitaţie anxioasă	disforie anxioasă, instabilitate afectivă	inerţie afectivă, sărăcie emoţională
● comunicare	aspontaneitate, stereotipii gestuale şi verbale, sindrom PEMA	sindrom afazo-agnozo-apraxic, iteraţii verbale	sindrom afazo-agnozo-apraxic discret (afazii de expresie sau paradigmatice — după localizare)	reducere progresivă a vocabularului (afazie amnestică), vorbire perifrazică, destructurarea construcţiilor sintaxice, logoree sterilă
● noetic	alterare predominantă a capacităţii operaţionale	tulburări grave de memorie	funcţiile intelectuale sînt modificate în grade variabile	scăderea globală a tuturor funcţiilor intelectuale cu predominanţă mnezică
● conştiinţa	nu are critica bolii; fără manifestări confuzionale	conştiinţă relativă a tulburărilor, dezorientare precoce şi constantă; episoade confuzionale	conştiinţa tulburărilor trăite dramatic; episoade confuzionale	absenţa conştiinţei bolii; dezorientare dominant temporală, posibile episoade confuzionale
Tulburări neurologice	crize hipotonice	crize comiţiale, astazoabazie, hipertonie piramidală	simptome parkinsoniene, vestibulare şi cerebeloase, semne piramidale constituind sindromul pseudobulbar	stereotipii gestuale, reapariţia reflexelor arhaice, mişcări de regresiune demenţială
Examen psihologic	alterarea gîndirii conceptuale	test Benton modificat (apraxie constructivă şi vizuală), deteriorare mnestică	modificarea funcţiilor simbolice (afazie latentă, test Binois şi Pichot), modificări caracteriale	nesemnificativ în contextul involuţiei
Examene paraclinice ● FO	—	—	modificări caracteristice	modificări nespecifice datorate vîrstei
● EEG	puţin modificat (uneori antrenare bioelectrică la hiperpnee)	disritmii lente difuze (θ,Δ, hipervoltate), activităţi paroxistice	disritmii, semne de suferinţă asimetrice	traseu puţin dezorganizat, cu unde lente difuze sau în focar

Tabelul XLVII (continuare)

1	2	3	4	5
• PEG și/sau tomografie computerizată	atrofie corticală fronto-temporală, dilatarea masivă și simetrică a coarnelor ventriculare frontale și temporale	atrofie corticală difuză cu predominanță parieto-occipitală; dilatare globală a sistemului ventricular, predominant occipital	atrofie cortico-subcorticală, cu dilatări asimetrice limitate ale unei porțiuni ventriculare	atrofie cortico-subcorticală difuză, predominant fronto-temporală
Evoluție	progresivă, către o demență cu mutism, inerție, gatism și deces în 4—6 ani	deces, precedat de o stare cașectică hipertonică, după o evoluție de 3—5 ani	evoluție oscilantă cu agravări subite succesive ; după confirmarea stării demențiale, evoluția spre exitus este rapidă (2—3 ani)	agravare progresivă ducînd la deces în 4—8 ani

Evoluția este marcată de debutul brutal sau acut (demența posttraumatică, infecțioasă), dar cel mai frecvent insidios, progresiv (demența Alzheimer, demența senilă și arteriosclerotică). Atît demența senilă cît și cea Alzheimer și Pick evoluează de obicei în 4—10 ani, o perioadă relativ lungă față de cea din demența arteriosclerotică (2—3 ani) sau cea din bolile neurologice degenerative (3—4 luni în boala Jakob-Creutzfedt), trecînd printr-o stare cașectică spre exitus.

Marele polimorfism pe care îl îmbracă tipurile de evoluție (amelioări, agravare progredientă, staționare, în cascadă, interferată de episoade psihotice de tip confuzional, delirant, depresiv, stabilizare după episodul acut ce a marcat debutul) este strict dependent atît de forma clinică, cît și de măsurile terapeutice instituite. În ciuda insuccesului terapeutic la mai mult de o jumătate din cazurile de demență sau a absenței unui tratament etiologic al distrugerilor neuronale, principiile de tratament vizează: măsuri profilactice la nivelul populației aflate la vîrsta a treia în continuă creștere, ca urmare a ridicării duratei medii de viață ; profilaxia și tratamentul corect al bolilor cardio-vasculare, în special al aterosclerozei ; promovarea unei sănătăți fizice și psihice a bătrînului, cu regim echilibrat de viață, alimentație rațională și evitarea toxicomaniilor minore.

În ceea ce privește demențele secundare, tratamentul poate fi în unele cazuri specific (paralizia generală progresivă, demența alcoolică, demența epileptică) sau nespecific (celelalte forme clinice), de tip trofic și simptomatic.

151. DEMENȚE DIN AFECȚIUNI NEUROLOGICE • Asocierea tabloului demențial în faza terminală a unor boli neurologice reprezintă o realitate clinică într-o serie de afecțiuni : procese înlocuitoare de spațiu (tumori benigne/maligne, anevrisme, chisturi coloidale, hematoame cronice subdurale, abcese cronice, chisturi parazitare, tuberculoame, limfoame și leucemie), epilepsie, hidrocefalie cu presiune normală, coreea Huntington, boala Parkinson și unele forme de scleroză laterală amiotrofică. Dintre toate afecțiunile neurologice enunțate, hidrocefalia cu presiune normală prezintă un interes aparte, fiind parțial reversibilă prin intervenție neurochirurgicală efectuată în urma unui diagnostic precoce. Descrisă de ADAMS și HAKIM, această formă de demență asociază trei elemente : deteriorare progresivă cu apatie, tulburări de mers și tulburări sfincteriene, substrat lezional reprezentat de hidrocefalia cu presiune normală sau chiar scăzută, datorată intercomunicării sistemului ventricular și deficitului de reabsorbție a lichidului cefalorahidian.

Un examen psihiatric și neurologic atent va fi suficient de cele mai multe ori pentru orientarea diagnosticului etiologic al acestei demențe, în care tabloul neurologic apare cu multă vreme înaintea tulburărilor psihice de tip deteriorativ.

Scanned with OKEN Scanner

152. DEMENŢE DIN BOLI INFECŢIOASE ● Evoluţia unor infecţii meningoencefalitice (bacteriene sau virotice), dar şi a altor boli infecţioase, cum sînt: bruceloza, sifilisul, panencefalita subacută sclerozantă (PESS), boala Kuru şi leucoencefalopatia multifocală poate conduce uneori către un tablou demenţial. Caracterelor clinice generale ale sindromului demenţial li se adaugă semnele clinice specifice ale afecţiunii infecţioase subiacente, o formă aparte fiind reprezentată de meningoencefalita sifilitică, cu un tablou clinic ce se bucură de o descriere specială →PARALIZIA GENERALĂ, DEMENŢE.

153. DEMENŢĂ MIXTĂ ● Realitatea clinică a impus luarea în considerare a unor forme de demenţe în care delimitarea clinică este dificil de făcut. Tabloul complex asociază semne psihice şi neurologice, iar imaginile histologice nu indică diferenţieri notabile între aspectele de plăci senile şi cele de tip arteriosclerotic. Formele pure de demenţă senilă sau arteriosclerotică sînt rare, demenţele mixte reprezentînd circa 4/10 din totalul demenţelor senile şi debutînd mai frecvent prin ictus. Nu pot fi delimitate graniţe precise între cele două mecanisme etiopatogenice.

154. DEMENŢĂ POSTTRAUMATICĂ ● Survine la un interval apreciabil (circa 2 ani) după un traumatism craniocerebral cu pierderea conştienţei pe o durată variabilă (ore, zile, săptămîni); clarificarea conştienţei se face după trecerea subiectului printr-un sindrom confuzo-delirant. Deteriorarea globală pare a se datora afectării globale şi difuze a substanţei cerebrale, chiar dacă sînt prezente şi semne de focar (hemipareze cu sindrom de lob frontal, sindrom de lob parieto-temporal cu afazie şi modificări caracteriale, sindrom de lob temporal cu tulburări mnestice de tipul sindromului Korsakov). Evoluţia înregistrează un caracter fluctuant, cu ameliorări sau agravări în funcţie de capacitatea subiectului de a-şi depăşi într-o anumită măsură deficitul sau, respectiv, de surplusul patogenic pe care îl realizează instalarea unei epilepsii sau hidrocefalii posttraumatice. M. VOLOW, ca şi alţi autori, este de părere că nu există o relaţie directă între intensitatea traumatismului şi apariţia sindromului demenţial, dar acesta este în mod cert precipitat de consumul de alcool, prezenţa unui hematom subdural cronic, a hidrocefaliei cu presiune normală sau chiar a unei demenţe presenile (avînd în vedere că demenţa posttraumatică este mai recventă după 50 de ani).

Sindromul cunoscut sub numele de „punch-drunkness" (1928, MARTLAND) sau „dementia pugilistica" apare la foştii boxeri şi îmbracă o formă de demenţă în sector, evoluînd progresiv şi atingînd sfera afectivităţii; are ca substrat o demielinizare progredientă → DEMENŢĂ.

155. DEMENŢĂ PRECOCE ● Separarea acestei entităţi nosologice a fost unul din cele mai importante evenimente din istoria psihiatriei clasice. Aceasta a dovedit nu numai o clarificare a cadrului conceptual, ci şi o diferenţiere psihopatologică tranşantă, care a deschis noi orizonturi. Întrevăzută în studiile clinice ale lui PINEL, ESQUIROL, FALRET, DELASIEUVE, MAGNAN, MOUREAU DE TOURS ş.a., demenţa precoce a rămas dispersată în grupări nosologice diverse. MOREL va crea termenul de demenţă precoce (1858), descriind şi simptomele esenţiale ale catatoniei şi evoluţia către demenţiere (deja în 1851 el vorbea de o „demenţă stupidă"). Totuşi, ca şi „idioţia" dobîndită a lui ESQUIROL, termenul va trece neobservat într-o epocă în care haosul „nebuniilor ereditare" era în plină efervescenţă. KAHLBAUM descrie în 1863 existenţa unei psihoze de pubertate, căreia îi dă numele de parafrenie hebetică. În 1871, discipolul său, HAEKER, reia studiul acestei boli, pe care o numeşte hebefrenie şi căreia îi notează caracteristicile esenţiale: tulburări ale limbajului şi scrisului, tendinţă la repetiţie, manierism, evoluţie deficitară. KAHLBAUM va descrie în 1874 catatonia („demenţa de tensiune"), conferindu-i autonomie clinică. El îi va descrie o anumită ciclicitate evolutivă (melancolie-stupiditate-demenţă), caracterizînd-o prin verbigeraţie şi sindromul de „Atonität". Cu toată precizia descrierii şi originalitatea conceptului, ea nu va avea o soartă prea bună în epocă, fiind sufocată de amalgamul de confuzii mintale, isterie şi deliruri acute halucinatorii, descrise caz cu caz la acea vreme. Concepţia kraepeliană va realiza o veritabilă operă de sinteză şi construcţie, preluînd descrierile anterioare şi ordonîndu-le sub numele de „dementia praecox" (1893). Cu toate oscilaţiile de încadrare iniţială, pînă în 1899 cele trei mari forme ale acestei entităţi: hebefrenică, catatonică şi paranoidă, vor fi înglobate în clasificarea maestrului din München, cu sublinierea clară a caracterului lor comun — slăbirea intelectuală („Verblödung"). În ciuda criticilor aduse concepţiei lui KRAEPELIN (imprecizie terminologică, lipsa unor criterii delimitative), ea are meritul excepţional de a fi separat această entitate şi de a fi subliniat tulburarea afectivităţii (inafectivitate), ca notă dominantă în procesul dezintegrării psihice.

Scanned with OKEN Scanner

Odată cu apariția tratatului lui ASCHAFFENBURG, în care E. BLEULER își intitulează capitolul „Demența precoce sau grupul schizofreniilor", atît concepția lui KRAEPELIN, cît și denumirea inițială a acestei afecțiuni vor intra într-un con de umbră, în care își vor păstra doar interesul istoric.

156. DEMENȚE PRESENILE ● Demențele cu debut în presenium. Unanim acceptate de autori diverși, în această categorie sînt încadrate de regulă:

- demența presenilă Alzheimer $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALZHEIMER[B] boală;
- demența presenilă Pick $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PICK[B] boală;
- demența Jakob-Creutzfeldt $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JAKOB-CREUTZFELDT[B] boală, încadrată de unii autori în această grupă.

157. DEMENȚĂ SENILĂ ● Tip de demență degenerativă, care se caracterizează printr-o evoluție cronică și progresivă spre o deteriorare profundă și globală. Debutează tardiv (după 70—80 ani) și se conturează ca un sindrom psihoorganic, peste care se suprapun episoade delirant-halucinatorii, depresiv-hipocondriace, mai rar maniacale și de tip amnestic (KORSAKOV). Descrieri „*poetice*" ale demenței senile ne parvin din Grecia antică (SOFOCLE, EURIPIDE, ARISTOFAN) sau din partea unui medic al împăratului roman Iulius, fiind îmbogățite ulterior prin lucrările lui BOISSIER DE SAUVAGE (1767), ESQUIROL (1838), CANSTATT (1839). Diferențierile de paralizia generală (WILLES, 1873) sau de arterioscleroza cerebrală (KRAEPELIN), fundamentate pe studii anatomo-clinice (KLIPPEL, LHÉRMITTE), au constituit premise care vor fi completate ulterior cu cercetări histologice și studii genetice populaționale.

Persistă încă puncte de dezacord în ceea ce privește conturarea demenței senile ca un proces de continuum, în raport cu îmbătrînirea fiziologică a creierului, sau acreditarea ideii de „alzheimerizare", pe care AJURIAGUERRA (1964) și ALBERI o susțin în sensul că boala Alzheimer ar fi un debut precoce al demenței senile. Această opinie este întărită de rezultatele studiilor neuropatologice, care indică modificări cerebrale microscopice similare în cele două tipuri de demențe, dar cantitativ mai însemnate în cazul demenței Alzheimer. Un oarecare consens pare a se fi realizat după 1972, într-o opinie care ar reuni toate demențele senile cu debut după vîrsta de 45 de ani, cărora nu li se găsește o altă etiologie (PFEIFFER, 1981).

Date asupra incidenței bolii ne oferă statisticile din S.U.A., care o estimează printr-un procent de 2—4% în cadrul contingentului persoanelor vîrstnice (în a șaptea decadă de viață) și prin cifre care indică 100 000—200 000 decese anuale determinate de demența senilă.

În ceea ce privește etiopatogenia acestei boli, se cunosc puține date care să explice atrofia cerebrală, iar factorii ereditari joacă fără îndoială un rol important dar nu decisiv. Astfel, studiile clasice ale lui KALMAN (1951) pe gemeni au indicat o componentă genetică ce face vulnerabil individul la boală, „apărîndu-l" în mod paradoxal de alte forme de psihoze (KALMAN, 1951; LARSSON, 1963). A fost demonstrată comuniunea genetică a demenței presenile și a celei senile, diferența fiind reprezentată doar de vîrsta pronunțării debutului (AKESSON, 1963; LARSSON, 1963; SLATER și COWIE, 1971). Concluziile pledează pentru o transmitere dominantă autosomală de tip poligenic.

Factorii emoționali par a marca momente importante în agravarea stării psihice a subiectului (decesul unuia dintre soți, situație materială precară anxiogenă, schimbarea locuinței etc.).

Anatomopatologia demonstrează evidente leziuni atrofice cerebrale difuze, a căror cauză este deocamdată necunoscută; ele afectează predominent lobul frontal, cu pierderi neuronale care realizează „plăci senile" de formă circulară sau în stea, adevărate „cicatrici", încorporînd fragmente de neuroni atrofiați și celule gliale. Imaginile electronomicroscopice și studiile histochimice reliefează vezicule sinaptice cu acetilcolin-transferaza scăzută (BAWEN și colab.) și diminuarea cantității de metaboliți dopaminergici în lichidul cefalorahidian (acid homovanilic, serotonină etc.). BLESSED și CORSELLIS stabilesc o relație puternic semnificativă între aspectele anatomo-clinice ale slăbirii intelectuale și incidența plăcilor la bolnavii cu demențe senile, deși au fost găsite și cazuri de deteriorare severă fără expresie histologică. Tabloul clinic este marcat de varietatea modului de debut (insidios, nevrotiform, afectiv, pseudoreactiv, acut) și predominența, în perioada de stare, a tulburărilor de gîndire și memorie (sindrom amnestic). Orientarea temporală, spațială, autopsihică este progresiv și sever afectată, alături de pierderea simțului critic. Se adaugă insomnii cu agitație nocturnă, o creștere

pasageră a poftei de mîncare, tulburări de termoreglare. După o evoluție ce poate dura mai mulți ani, pot apare tulburări de tip agnozo-aparaxo-afazic, incontinență afectivă, confabulații, stereotipii, deteriorarea progresivă a stării somatice (cașexie, gatism, marasm senil). Formă clinică aparte (și contestată) a demenței senile, presbiofrenia (WERNICKE, 1906), se distinge prin adăugarea la sindromul amnestic a confabulațiilor și falselor recunoașteri, cu relativă păstrare a funcțiilor intelectuale, afectivității și simțului moral.

158. **DEMENȚE TOXICE** ● Demențe determinate de expunerea prelungită la agenți toxici, care pot determina leziuni cerebrale, parțial reversibile sau definitive. Alcoolul este agentul toxic cel mai frecvent implicat, comparativ cu metalele grele (mercur, plumb, arsenic), cu oxidul de carbon sau cu unele medicamente (în special barbiturice). Medicul psihiatru poate fi pus în situația de a presupune o etiologie toxică a unei demențe atunci cînd istoricul bolii și prezența concomitentă în tabloul clinic a semnelor de afectare organică și neurologică i-o sugerează.

Dintre numeroasele forme de intoxicație posibile pot fi menționate, selectiv, următoarele asociații ale sindromului deteriorativ :

- colici abdominale, anemie microcitară, neuropatie periferică și lizereu gingival, în intoxicația cronică cu plumb ;
- encefalopatie de formă ușoară, neuropatie periferică motorie și hipotensiune arterială ortostatică (neuropatie periferică autonomă), în intoxicația cronică cu arsenic ;
- sindrom cerebelos și extrapiramidal (tremor, ataxie etc.), în intoxicația cronică cu mercur.

Deși considerată o afecțiune rară, demența asociată alcoolismului (termen preferat de autorii americani celui de demență alcoolică, din motive fiziopatologice) se manifestă în urma unui consum abuziv, intens și durabil, de alcool la un subiect care a renunțat de cel puțin trei săptămîni la alcool și la care celelalte cauze posibile ale demenței au fost înlăturate. Se întîlnește rareori la tineri, și asociază tabloului clinic semne neurologice și somatice interpretate drept complicații ale alcoolismului cronic : sindrom cerebelos, neuropatie periferică, ciroză hepatică.

În privința mecanismului fiziopatologic care stă la baza instalării tabloului demențial, mai există controverse referitoare la modul de acțiune al alcoolului : pentru toxicitatea sa directă asupra sistemului nervos central, ar pleda reversibilitatea tulburărilor mnezice la întreruperea consumului de alcool sau, indirect, repetitivitatea episoadelor de delirium tremens, a crizelor epileptice din sevraj, a traumatismelor craniocerebrale și a deficitelor metabolice multiple, în special de tip tiaminic și hepatic. Se descriu și forme particulare de demențe toxice, a căror evoluție ireversibilă este corelată cu leziuni anatomice bine localizate și importante ca extindere. Astfel, în boala Marchiafawa-Bignami (descrisă în 1903) se produce o degenerare a corpului calos (demielinizarea treimii medii pînă la necroză sau atrofie totală), ceea ce antrenează pe plan clinic o demență progresivă și severă, cu hipertonie generalizată, astazoabazie, Babinski bilateral, crize convulsive, oftalmoplegie. Scleroza laminară Morel (descrisă în 1939) are aceleași caractere de progrediență și ireversibilitate ca și boala descrisă anterior (cu care adesea se și asociază), leziunea constînd într-un proces de glioză fără reacție inflamatorie la nivelul celui de al doilea strat de celule corticale, mai frecventă în lobul frontal. PREDESCU descrie și o formă pseudoparalitică a demenței din alcoolism, în care predomină ideile delirante de grandoare, apărînd consecutiv cu episoade de delirium tremens. În această categorie de demențe poate fi inclus și sindromul Korsakov alcoolic, datorită caracterului ireversibil al tulburărilor deficitare mnezice și al celor de conștiință, în absența unei intervenții terapeutice energice (doze masive de tiamină 50—100 mg). Leziunile sînt situate la nivelul formațiunilor hipocampo-mamilo-talamo-cingulare ale sistemului limbic. La tulburările de tip amnestic, se adaugă tulburări de orientare, confabulații și false recunoașteri, iar semnele neurologice conferă sindromului aspectul unei psihopolinevrite.

159. **DEMENȚE VASCULARE** ● Apar ca urmare a unor procese patologice la nivelul sistemului circulator cerebral, care sînt, în ordinea frecvenței : arterioscleroza, ocluzia arterei carotide, arterita temporală, hemoragia subarahnoidiană, malformații arteriovenoase, embolii cerebrale, boala Binswanger. Se datorează îndeosebi modificărilor hemodinamice la nivelul țesutului cerebral, prototipul acestui grup de demențe fiind demența arteriosclerotică sau demența cu infarcte multiple din terminologia anglosaxonă, caracterizată prin aspectul lacunar în care bolnavul își păstrează multă vreme conștiința tulburărilor.

Incidența bolii poate fi în realitate mult mai mică ; se considera inițial (autorii ameri-

cani o apreciază la 8% dintr-un grup eterogen de demențe), ca datorindu-se unei posibile supraevaluări diagnostice, în care arterioscleroza este prima cauză de boală ce pare cea mai *„sugestivă"* la o persoană, de obicei de sex masculin, trecută de 60 de ani. Antecedentele vasculare personale și/sau familiale, în special hipertensiunea arterială, joacă un rol important în determinismul bolii, alături de ceilalți factori de risc incriminați în geneza procesului arteriosclerotic în general și a arteriosclerozei cerebrale în mod special → ATEROSCLEROZĂ, ARTERIOSCLEROZĂ CEREBRALĂ. Mecanismul patogenic ar fi datorat multiplelor tromboembolii arteriolare din țesutul cerebral, avînd drept consecință formarea unor zone ischemice „lacunare" în talamus, punte, cerebel, ganglionii bazali și în substanța albă periventriculară, care antrenează printre altele întreruperea unor conexiuni între centrii corticali și subcorticali.

Descrierile clinice aparțin în special autorilor germani și francezi, începînd cu secolul al XX-lea, concomitent cu diferențierile legate de demența senilă (ALZHEIMER, 1902; KRAEPELIN, 1910; SPIELMEYER, 1928 etc.) LADAME (1912) opune demenței postapoplectice (neurologică) o formă de demență aterosclerotică cu leziuni difuze (psihiatrică). Aspectul clinic esențial al demenței arteriosclerotice îl constituie caracterul de progresivitate „în trepte", cu o simptomatologie neurologică variabilă ca extensie și durată (hemipareze, afaze, apraxie etc.) și la fel de fluctuantă pe paln psihic (sindrom confuzional tranzitor, somnolență, labilitate afectivă, sindrom frontal etc.). Această caracteristică conferă bolii un debut paroxistic (sindrom confuzional, sindrom preudomaniacal sau pseudodepresiv pe fundal anxios intens) sau neurasteniform trenant. Se cunoaște și un debut neurologic prin crize convulsive sau ictus apopletic (cu tulburări neurologice tranzitorii de focar). Repretarea acestor manifestări, datorate microemboliilor cerebrale, pe parcursul evoluției generale a bolii, va marca, în fiecare episod, agravarea demenței, respectiv a deteriorării funcțiilor cognitive.

Perioada de stare oferă pe prim plan grave și inegale deficite ale diverselor funcții psihice, care pot cunoaște variații în severitate de la o zi la alta sau chiar de la o oră la alta. Memoria și orientarea în timp sînt preponderent afectate în raport cu capacitatea de judecată și raționament. Coșmarurile se pot transforma în veritabile episoade confuzionale nocturne, iar labilitatea emoțională se transformă cu tipul în incontinență afectivă. Personalitatea premorbidă a subiectului rămîne multă vreme aparent intactă, deși se fac simțite adesea modificări comportamentale și caracteriale. Aceasta constituie și cauza apariției unor reacții depresive sau anxioase, în care subiectul „asistă" la propriul său declin biopsihologic.

Examenul neurologic poate decela un mozaic simptomatic în care se amestecă simptome de tip parkinsonian (atonie facială, dizartrie, semnul roții dințate, hiperreflectivitate), simptome vestibulare și cerebeloase (amețeli, tremurături intenționale, nistagmus), semne piramidale, scăderea forței musculare a membrelor inferioare, semnul Babinski și semne de focar (afazie, apraxie constructivă, hemianopsie etc.). Examenele paraclinice evidențiază: leziuni vasculare la nivel cerebral, prin modificările fundului de ochi; dezorganizarea traseului EEG, cu disritmii asimetrice; dilatarea asimetrică a unei porțiuni ventriculare sau atrofii corticosubcorticale la tomografia computerizată; existența unui tablou umoral cu un anumit grad de specificitate, în care creșterea lipoproteinelor beta, cuprinzînd și colesterolul, a raportului colesterol/fosfolipide și a lipidemiei ca atare, ar constitui, după PREDESCU, semnele de laborator ale arteriosclerozei.

Examenul psihometric evidențiază afazia lentă la debutul bolii și semnele de deteriorare patologică.

160. DEMENTIA INFANTILIS $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DEMENTIA PRAECOCCISIMA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HELLER-WEYGAND(B) boală.

161. DEMETRIN(M) Austria, Elveția, Iugoslavia, R.F.G., Spania — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se va administra în sarcină.

162. DEMISIE (fr. *demission*; cf. lat. *demittere* „a lăsa să cadă") ● Tip de reacție sau atitudine, caracterizată prin renunțarea la atribuțiile proprii (obligații) și responsabilități, atitudine generată de o situație obiectivă defavorabilă sau frustrantă, pe care persoana (din diverse motive) nu reușește să o depășească. Împrejurările care favorizează sau provoacă acest fel de atitudine pot fi: di-

Scanned with OKEN Scanner

vorțul, decesul unei persoane apropiate, conflictul cu autoritatea ; în toate aceste situații (și în altele asemănătoare), persoana care demisionează renunță la angajările sale pentru a evita situația conflictuală generatoare de tensiune. Este, în ultimă instanță, o atitudine de inadaptare, de durată mai lungă sau mai scurtă, care apare la persoane imature, la persoane cu Eu slab. În psihanaliză se folosește expresia de „fugă în boală" ; în sens strict, această expresie se referă la faptul că subiectul caută în nevroză un mijloc de a scăpa de conflicte. Termenul s-a extins și asupra afecțiunilor somatice, în special a celor cu componentă psihică. Inițial, FREUD folosea expresiile „fugă în psihoză", „fugă în boala nevrotică", „fugă în maladie". Din punct de vedere dinamic, această „fugă" trimite la noțiunea economică de beneficiu al bolii. FREUD leagă fuga în boală de beneficiul primar (→ BENEFICIU PRIMAR ; BENEFICIU SECUNDAR). J. DELAY și PICHOT caracterizează demisia ca retragere socială, regresiune (în boală), dependență, repliere pe sine. BARKEL vorbește despre „bolnavii evazioniști", care-și exagerează simptomatologia, apreciază ca foarte slabe efectele tratamentului și manifestă o dispoziție pesimistă. Atitudinea demisionară poate avea o intensitate diferită, nu atît în funcție de natura împrejurării care a favorizat-o, cît de particularitățile structural-dinamice ale persoanei în cauză (de exemplu, istericul demisionează cu ușurință) ; nevroza în sine poate avea și ea semnificația unei demisii ; anumite reacții de rezistență la terapie pot avea de asemenea semnificația unei retrageri, a unei renunțări ; un conflict puternic între Supraeu și Eu se poate manifesta într-o atitudine în care demisia se înscrie, fără ca individul să fie conștient de semnificația actului său.

163. **DEMNITATE** (cf. demn ; vezi și lat. *dignitas*) ● Sentiment — atitudine de respect față de sine, față de propria persoană, implicînd și atitudinea de considerare și respect față de cei din jur. Presupune existența conștiinței propriei valori, dublată de modestie, corelată și cu conștiința valorii celorlalți. Este exprimată prin conduita corectă în îndeplinirea rolurilor și statutelor sociale. Dezechilibrarea apărută în contextul acestui registru de valori, prin supraestimarea valorii proprii și diminuarea valorii altora, duce la orgoliu, vanitate și, invers, prin minimalizarea propriei valori duce la umilință și autoabandon.

164. **DEMO-CINEOL**(M) Canada — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

165. **DEMOFOBIE**(F) (cf. gr. *demos* „populație" ; *phobos* „frică") — sin. OCLOFOBIE(F) ● Fobie constînd într-o teamă excesivă (anormală) și nejustificată, însoțită de obicei de fenomene neurovegetative, față de aglomerația mare, de lume multă adunată într-un loc (mulțime, gloată), deosebindu-se pe această linie de antropofobie și agorafobie. Este frecventă atît în nevroze (anxioasă, obsesivo-fobică, depresivă), cît și în psihoze (schizofrenie, depresie melancoliformă), precum și la personalități psihastenice, isterice, paranoiace.

166. **DEMOLOX**(M) Anglia — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11(1-piperazinil) dibenz/b,f//1,4/oxazepină, cu acțiune antidepresivă care se instalează rapid (absorbție 90 de minute, T 1/2 = 30 h) și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo- și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post infarct miocardic.

167. **DEMONOFOBIE**(F) (cf. gr. *daimon* „zeitate, demon" ; *phobos* „frică") ● Fobie

Alexieff

spectaculoasă, dar rar întîlnită, manifestată prin frica patologică de demoni, stafii, spirite. Nu trebuie confundată cu teama cochetă,

Scanned with OKEN Scanner

fără notă fobică, a mediilor subculturale sau a personalităţilor dizarmonice de tip isteric. În cazul în care se manifestă drept fobie, este net expresia unei endogenii.

168. DEMONOLOGIE (cf. gr. *daimon* ‖ *logos* „cuvînt, discurs") ● Termen inspirat din dogme cu rădăcini în obscurantismul religios, al secolelor trecute, dar cu unele reminiscenţe şi în prezent. Reprezintă o concepţie psihiatrică apusă, după V. PREDESCU (1969), prin care se încerca demonstrarea „originii demonice a bolilor psihice, motivînd tratarea lor prin exorcisme".

169. DEMONOMANIE (cf. gr. *daimon* ‖ *mania* „nebunie") ● Termen de interes istoric, utilizat în psihiatria secolului trecut pentru a desemna temele mistico-delirante întîlnite în diversele psihoze. În 1843, MACARIO descrie patru forme ale demonomaniei, pe care o suprapune lipemaniei lui ESQUIROL :

- delirul de condamnare, caracterizat prin convingerea existenţei blestemelor şi a urmărilor nefaste ale acestora ‖
- demonomania externă din delirurile cronice mistice, care apare la debilii isterici, la obsedaţi, corespunzînd unui sindrom de influenţă (include tulburări de percepţie de tipul halucinaţiilor şi iluziilor vizuale, însoţite de idei de persecuţie) ‖
- demonomania internă, corespunzînd sindroamelor de posesiune, caracterizată prin automatism motor sau verbal şi prin halucinaţii cenestezice (bolnavul are convingerea delirantă că în interiorul corpului său sălăşluieşte un demon), descrisă în schizofrenie, melancolia delirantă, stări demenţiale şi postencefalitice, precum şi în delirul hipocondric (BAILLARGER) din paralizia generală ‖
- delirurile în care există convingerea unor relaţii sexuale întreţinute cu demoni, acompaniată de halucinaţii în sfera genitală, întîlnită mai frecvent la femei decît la bărbaţi.

170. DEMONOPATIC(D) *delir* ● Grupă de deliruri descrise de autorii perioadei clasice, din care ar face parte delirul de damnare, delirul incubus şi delirul succubus (de posesiune sexuală demoniacă) — MACARIO, 1843. Epoca contemporană a provocat, prin lărgirea orizontului cultural ştiinţific şi prin scăderea sentimentului religios, dispariţia aproape totală a acestui tip de delir, pe care autorii secolului al XVIII-lea şi al XIX-lea îl consemnau pînă şi în circumstanţe organice (LHERMITTE).

171. DEMONOPATIE (cf. gr. *daimon* ‖ *pathos* „experienţă, dispoziţie") ● Termen introdus de ESQUIROL în 1838 → sin. ‖ CACODEMONOPATIE.

172. DEMONSTRATIV — *tip de personalitate* (cf. lat. *demonstrare* „a arăta, a descrie, a dovedi") ● Tip de personalitate, descris de Karl LEONHARD, care se caracterizează prin următoarele trăsături şi manifestări comportamentale : tendinţa şi tentativa de a minţi, fără ca acest act să fie însoţit de sentimenul de culpabilitate, tendinţa şi tentativa de a comite excrocherii (de exemplu, asumarea de titluri false), în măsura în care acest lucru aduce avantaje materiale sau o poziţie socială favorabilă, laudă de sine, manifestări teatrale, cu dorinţa de a impresiona pe cei din jur, decizii rapide, legate esenţial de o situaţie prezentă, capacitate empatică, capacitate adaptativă mare cu uşurinţa de a stabili relaţii interpersonale, fantezie bogată, posibile talente artistice.

LEONHARD afirmă că toate aceste caracteristici au la origine o „capacitate anormală de refulare". Accentuarea trăsăturilor demonstrative generează personalitatea isterică ; dacă ele se generalizează în toate manifestările comportamentale, este vorba de personalitatea dizarmonică de tip isteric. LEONHARD apreciază că refularea, la isteric, se manifestă prin faptul că istericul uită ceea ce nu doreşte să ştie, ceea ce îl deranjează, astfel încît el nu este pe deplin conştient de minciuna sa. Conversiile somatice ar fi tot o consecinţă a refulării (efectul refulării în plan fizic). LEONHARD nu este de acord cu FREUD în ceea ce priveşte teoria refulării. El afirmă că reacţiile demonstrative sînt, iniţial conştiente sau parţial conştiente, mai ales legat de scopul lor. Practic, vorbind despre „firea demonstrativă", personalitatea isterică, personalitatea dizarmonică de tip isteric, LEONHARD face o abordare descriptivă a manifestărilor comportamentale ‖ el nu abordează problema într-o perspectivă analitică profundă (nu explică, din punct de vedere analitic, mecanismele motivaţionale profunde ale reacţiilor şi ale trăsăturilor demonstrative).

173. DEMONSTRATIVITATE (cf. lat. *demonstrare*) ● Trăsătură caracterială sau structurală manifestată comportamental prin :

- afectare : încărcare artificială, lipsă de naturaleţe ‖ gestică, mimică şi discurs exagerate, supraîncărcate ‖
- manierism : mijloacele de expresie ale persoanei comportă deformări şi am

plificări, limbajul este marcat de căutarea unor cuvinte senzaționale sau tendențioase, cu intonații teatrale ; la personalități dizarmonice isterice manierismul ascunde vanitate, dorința de a provoca sau de a atrage atenția sau dimpotrivă, malignitate și perversitate (a nu se confunda cu manierismul din procesul disociativ) ;

- atitudini spectaculoase prin care subiectul urmărește să producă efecte puternice asupra celor din jur ;
- teatralism : afectare semnificativă a autenticității, pînă la simulare, conștientă sau inconștientă ; patetism.

K. LEONHARD vorbește despre „firea demonstrativă" ca tip de personalitate → DEMONSTRATIV — tip de personalitate.

174. **DEMONSTRAȚIE** (cf. lat. *demonstratio* „descriere, expunere, demonstrație") ● Întemeiere a adevărului unei propoziții prin deducția acesteia din premise adevărate, pe baza unor legi (reguli) corecte de raționament. Atunci cînd demonstrația directă a unui enunț nu este posibilă se poate recurge la demonstrație prin reducere la absurd (apagogică) : acceptîndu-se ca adevărat enunțul care contrazice teza de demonstrat, se arată că din el decurg absurdități — consecințe ilogice — și de aici se conchide adevărul celei din urmă. Demonstrația apagogică nu se poate aplica oricînd și nu este infailibilă.

Termenul desemnează și procedeul logic prin care se fundamentează adevărul privitor la o persoană, în structura lui intrînd obiectul sau teza de demonstrat, argumentele folosite în sprijinul tezei de demonstrat și procedeul logic propriu-zis de argumentare. Demonstrația poate fi propriu-zisă sau de informare (după scop), cu caracter deductiv sau inductiv (după rolul și felul fundamentelor), directă sau indirectă (după procedeul de argumentare).

Se utilizează și termenul de demonstrație intuitivă (în psihopedagogie), în sensul evidențierii relațiilor concrete prin expunerea unor obiecte.

175. **DEMORALIZARE** (cf. fr. *démoraliser*) ● Comportament consecutiv unui eșec, unei nerealizări pe linia aspirațiilor sau datorat unei afecțiuni psihice și/sau somatice. Caracterizează mai ales personalitățile depresive, astenice și imature emoțional, afectiv și constă în pierderea încrederii în forțele proprii, descurajare, repliere în sine, tendință la apatoabulie, demisionarism. Poate fi individuală sau colectivă (cînd condițiile sociale și istorice sînt defavorabile și afectează grupuri sau grupări sociale), reflectînd în ultimă instanță pierderea sau repunerea în discuție a valorilor morale pînă atunci acceptate.

176. **DEMOSTENE** — *complex* (DEMOSTENE : om politic și orator atenian, 384—322 î.e.n.) ● Termen cu semnificație psihanalitică. Se referă la trebuința nevrotică de a compensa și supracompensa sentimente de inferioritate prin folosirea discursului. După SAUSSURE, folosirea cuvîntului presupune „un act individual de voință și inteligență", o angajare a subiectului în discurs. Folosirea cuvîntului ca modalitate compensatorie și în scopul unei performanțe, care să rezolve inferioritatea, ar semnifica o angajare de tip masculin (limbajul și cuvîntul ca mijloc de dominare, discursul fiind un element activ, incisiv).

DEMOSTENE, orfan de tată, sărac și avînd unele deficiențe fizice, a reușit, prin efort și tenacitate, să-și depășească handicapul și să devină un mare orator.

177. **DENARCISISM** (cf. *de-*, prefix negativ ; narcisism, de la Narcissus, personaj mitologic) ● Stare proprie unui anumit stadiu de dezvoltare, în care o parte din energia psihică orientată în primii ani de viață exclusiv spre subiect (propria persoană), este reinvestită în exterior, în alte obiecte. Denarcisismul este privit de către KAMPBELL (1978) ca o condiție necesară pentru o dezvoltare psihică sănătoasă, constituind în același timp un prim pas în formarea unor sentimente altruiste. El poate lua forme extreme în cazurile în care există o lipsă totală a preocupărilor față de propria persoană sau o reducere accentuată a atașamentului față de sine. Aceste stări denarcisice extreme pot fi întîlnite în depresiile severe și în unele forme de schizofrenie.

178. **DENDROFILIE** (cf. gr. *dendron* „copac" ; *philia* „dragoste") ● Interes exagerat pentru copaci. MICHAUX acordă termenului citîndu-l pe M. HIRSCHFELDT, o interpretare psihanalitică, considerînd dendrofilia o fantasmă fobică.

179. **DENEGARE** (fr. *dénégation* ; cf. lat. *denegare* „a nega") ● Termen introdus de LAPLANCHE și PONTALIS (1973) pentru a delimita două aspecte ale mecanismului de negare, deseori confundate sau nesesizate în adevărata lor semnificație. Autorii citați pleacă de la termenii din limba germană „Verneinung" și „Verleugnung", utilizați de

FREUD cu nuanțe diferite pentru a desemna același proces al negării. „Verleugnen" este folosit în sensul refuzului de a sesiza un fenomen sau eveniment clar evidențiat în lumea exterioară. În limba română ar corespunde termenul de negare, asemănător cu termenul francez „déni". Denegarea este o reacție, evidențiată de FREUD, în timpul desfășurării ședințelor de psihanaliză, și reprezintă o formă de rezistență a subiectului, care nu recunoaște (neagă) conținuturi refulate, deși, prin intermediul analizei, încep să fie reactualizate. Acesta este sensul care ar corespunde termenului german „Verneinung". Denegarea este un indicator al faptului că dorința refulată începe să fie conștientizată, iar refuzul subiectului de a recunoaște că-i aparține sau contrazicerea analistului are o valoare confirmativă. Subiectul poate să admită la un moment dat dorința la nivel intelectual, dar conținutul propriu-zis al acesteia se menține refulat. În limba română, semnificațiile termenilor de negare și denegare sînt aproape identice.

În timp ce termenul de negare se referă la refuzul categoric al recunoașterii unui fapt, denegarea se referă la tăgăduiala, dezmințirea de către subiect a apartenenței unei dorințe sau idei care începe să apară în cîmpul conștiinței.

180. **DENNY-BRAUN**[S] sindrom • Tulburare paraneoplazică, descrisă de autor în 1948, în special în formele de cancer bronhopulmonar, caracterizată printr-o serie de simptome cerebeloase (ataxie, tremor intențional, nistagmus, vertij, dizartrie), tulburări senzoriale (hipoacuzie, parestezii, tulburări ale sensibilității profunde), la care se adaugă un sindrom astenic sever. Simptomatologia nu se dezvoltă în legătură cu procesul de metastazare, ci are, probabil, la origine tulburări biochimice. Tabloul clinic neobișnuit al acestui sindrom ridică mari dificultăți diagnostice, alternativa carcinomatozei bronșice fiind de cele mai multe ori ignorată atît de neurolog, cît și de psihiatru.

181. **DENOTARE** (cf. lat. *denotare* „a desemna") • Capacitate a cuvîntului de a semnifica. Această capacitate este diferită de la un individ la altul, deși aspectul denotativ al unui cuvînt dat păstrează, în linii mari, aceleași limite de semnificație în cadrul grupului de oameni care vorbesc o limbă comună. În unele afecțiuni psihice, aspectul denotativ al cuvintelor este profund distorsionat, îmbrăcînd nota particulară a semnificației personale pe care subiectul schizofren o acordă unui cuvînt sau altuia. Semnificația unilaterală, acordată de bolnav cuvintelor, duce la imposibilitatea de folosire coerentă a limbajului, blocînd fluxul informațional.

182. **DENUBIL**[MC] Spania • Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune similară, care se complementează. Este compus din:

- DEANOL PYROGLUTAMATE[M] — nooanaleptic, derivat dimetilaminoetanolic;
- HEPTAMINOL[M] — roborant proteic.

Are acțiune psihostimulatoare.

183. **DEOFED**[M] S.U.A. — DCI *Metamfetamină* • Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)—N—α—dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și cu același risc al dependenței.

184. **DEONTOLOGIE** (cf. gr. *deon* „ceea ce trebuie făcut, ceea ce se cuvine"; *logos* „cuvînt, discurs") • Termen utilizat pentru întîia oară de către J. BENTHAM, ca denumire a unei discipline morale sui generis, avînd drept finalitate ierarhizarea valorică a acțiunilor posibile, pe baza unui așa-zis calcul aritmetic al cantității totale de plăcere sau suferință pe care o poate provoca fiecare acțiune. În concepția lui BENTHAM, acest calcul oferă argumentului moral un criteriu obiectiv de evaluare a alternativelor ce-i sînt deschise, întemeind judecăți descriptive cu caracter intrinsec normativ.

Desprins de contextul particular al filozofiei lui BENTHAM, termenul a primit semnificația de discurs etic consacrat cercetării acțiunilor impuse de datoria morală, aflat într-un raport de complementaritate cu axiologia, care se referă la dimensiunea valorică a faptelor morale. Orientările etice extremiste transformă această complementaritate într-o opoziție în care se înfruntă, pe de o parte, teoriile deontologiste — care afirmă datoria ca temei al valorii morale — și, pe de altă parte, teoriile teleologiste — în a căror perspectivă datoriile se justifică în măsura posibilității de raportare la un set prestabilit de valori imuabile.

În ultimele decenii, termenul se identifică din ce în ce mai frecvent cu logica deontică — aceasta reprezentînd studiul formal al structurilor și schemelor de inferență caracteristice gîndirii normative, aspirînd la o tratare axiomatică a sistemelor de norme, în general, și a datoriilor morale în particular.

Într-o accepțiune mai restrînsă, deontologia desemnează un cod al moralei profesionale, ansamblul de principii și norme particulare

pe care le implică exercitarea unei anumite profesiuni.

Deşi face corp comun cu deontologia profesiunii medicale deontologia psihiatrului implică o serie de note particulare, care conturează deosebiri de nuanţă. Angajamentul terapeutic al psihiatrului va fi întotdeauna complet, în sensul rămînerii alături de suferind atîta timp cît acesta o solicită direct sau prin opinia familiei. Ca orice medic, psihiatrul nu-şi va abandona bolnavul în cazul unei evoluţii nefavorabile, cu atît mai mult cu cît acest lucru nu este numai posibil, ci şi iminent. Păstrarea unei disponibilităţi majore în faţa dramaticei suferinţe pe care boala psihică o reprezintă pentru fiinţa umană, în însăşi esenţa umanităţii ei, este condiţia esenţială a exercitării profesiunii de psihiatru. Conştiinţa psihiatrului trebuie să aibă adesea şi un rol de compensator al incapacităţii bolnavului de a-şi manifesta singur libertatea de opţiune. În această ipostază, demersul pe care profesionistul îl face trebuie dublat de o enormă capacitate de comprehensiune, în care empatia să poată întregi cunoştinţele de specialitate şi experienţa. Respectul intimităţii psihologice a fiecărei persoane în parte, ca şi păstrarea secretului asupra confesiunilor subiectului (cu atît mai mult cu cît ele interferă cu fragila lume a imaginarului, în care realul şi irealul adesea amalgamează) sînt absolut obligatorii. Psihiatrul se află adesea în postura de unic confesor, confesiunea rămînînd de regulă singura poartă spre lume, singurul punct de sprijin real al bolnavului.

Deontologia profesională trebuie să-şi exercite, alături de alţi factori, rolul de funcţie dinamogenă a perfecţionării profesionale, de permanentă deschidere spre tot ce este nou, pentru a putea oferi în mai mare măsură ajutorul de care bolnavul are nevoie.

Participarea psihiatrului ca membru decident în comisii de expertiză a discernămîntului pe care individul îl are în legătură cu faptele sale (unele de o periculozitate socială deosebită), crează nu numai o responsabilitate în plus, ci impune şi aderenţa la un sever cod deontologic.

Dezvoltarea impetuoasă a unei serii largi de tehnici exploratorii şi metode terapeutice implică necesitatea experimentării unora dintre acestea şi, în funcţie de rezultate, implementarea lor în practica obişnuită. Deontologiei profesionale îi revine rolul de a orienta aceste demersuri, astfel încît, respectînd principiul fundamental hipocratic „primum non nocere", să asigure triajul corespunzător al metodelor cu un maxim de potenţial recuperator pentru subiect.

185. **DEPAFEN**(M) Finlanda — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acţiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valenţe antivertiginoase şi antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL(M).

186. **DEPARKIN**(M) Cehoslovacia — DCI *Dietazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, uşor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor şi al afecţiunilor psihosomatice.

187. **DEPARON**(M) Franţa — DCI *Demexiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptatrienic de tip 5H-dibenzo-a,d/-cicloheptan-5-onă-0-/2(metilamină)etil/ oximă, cu acţiune asemănătoare NORTRIPTILINEI, fără efecte sedative, indicat mai ales în depresii inhibate. Efecte secundare numeroase. Nu se administrează în sarcină.

188. **DEPAS**(M) Japonia — DCI *Etizolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 4-(0-clorfenil)-2-etil-9-metil-6H-tieno/3,2-f/ /-s-triazolo/4,3-a/-/1,4/diazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi valenţe anxiolitice.

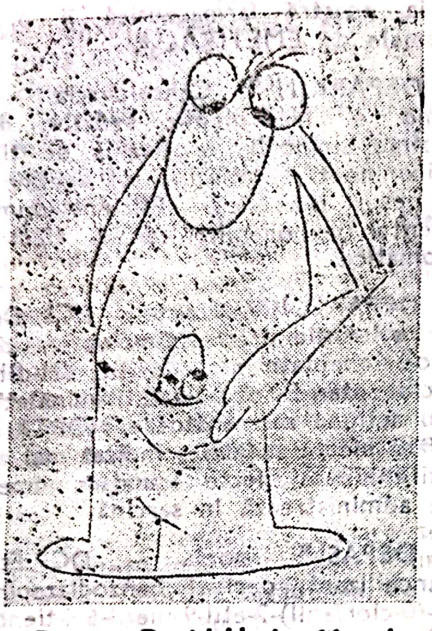
189. **DEPENDENŢĂ** (fr. *dépendance*; cf. lat. *dependere* „a atîrna, a depinde") ● Relaţie fundamentală între două fenomene, în care existenţa sau menţinerea unuia dintre ele condiţionează menţinerea sau apariţia celuilalt; în psihiatrie are înţelesul unei legături de natură afectivă.

Există situaţii de dependenţă naturală, precum aceea în care se află nou-născutul şi copilul mic, care-l obligă la relaţionarea biopsihologică cu părinţii săi; în cazul handicapaţilor (deficienţi mintali), această dependenţă se prelungeşte însă peste limitele copilăriei, putînd fi viageră.

Regresiunea bolnavului psihic, a imaturului afectiv, se manifestă ca o reîntoarcere către conduitele infantile, fiind marcată de o puternică dorinţă de supraprotecţie. Se vorbeşte astfel, în psihanaliză, de o dependenţă orală, care ar consta în dorinţa de a fi îngrijit de mamă sau un substitut al ei. Tot psihanaliza defineşte nevoia de dependenţă ca apărare a Ego-ului împotriva atacurilor, criticilor, justificînd sau mascînd astfel nereuşite privite ca autodevalorizante. O serie de autori au arătat rolul acestui tip de dependenţă în patogeneza unor afecţiuni cu caracter psi-

Scanned with OKEN Scanner

hosomatic. Astfel, DUNBAR, ALEXANDER şi SAUL arată că hipertensivul este prins între nevoia de pasivitate şi dependenţă, pe care o trăieşte ca inferiorizantă şi umilitoare, deci inacceptabilă, şi comportamentul



Desen : David Horia, 11 ani

reacţional la această tendinţă, vizînd stăpînirea situaţiilor, dominarea şi autonomia. DE M'UZAN şi BONFLIS descriu nevoia de dependenţă şi protecţie a bolnavului ulceros, reprimată printr-un comportament ambiţios şi competitiv ; dependenţa se accentuează însă atunci cînd actul chirurgical devine inevitabil.

Situaţia de boală este de regulă o situaţie de dependenţă, nu numai prin consecinţele directe ale bolii (slăbiciune, dependenţă morală şi fizică, durere), ci şi prin reinserţia subiectului într-un stadiu infantil ; sentimentul de dependenţă este exacerbat în cadrul relaţiei cu terapeutul, de la care bolnavul (mai ales cînd este internat) primeşte îngrijiri corporale, se bucură de o atenţie crescută, manifestată şi prin comportamente care au, prin repetare, o deschidere ludică (măsurarea tensiunii, greutăţii, temperaturii, examenul plăgii) imprimată de cotarea lor ca reuşite sau nereuşite. Reîntoarcerea către satisfacţii arhaice sau căutarea de satisfacţii orale caracterizează adesea situaţia de bolnav.

Dependenţa pasivă a nevroticului este bine cunoscută, fiind generată atît de scăderea activităţii, cît şi de slăbiciunea instanţelor personalităţii. SPITZER şi colab. descriu un tip de personalitate dependentă, ale cărei trăsături esenţiale ar fi :

- admiterea în mod pasiv că doar ceilalţi pot să-şi asume responsabilitatea în principalele probleme de viaţă datorită incapacităţii de a acţiona independent (de exemplu, soţul va decide ce meserie să practice soţia, unde să locuiască familia etc.) ;
- subordonarea propriilor interese celor ale persoanelor de care sînt dependente, pentru a evita orice posibilitate de a se bizui numai pe sine ;
- lipsa de încredere în sine (se consideră neajutoraţi, incapabili).

Activitatea socio-profesională este modificată îndeosebi în munci care reclamă independenţă şi capacitate de decizie. Relaţiile sociale sînt limitate, reduse la un număr mic de persoane apropiate, dintre care de una subiectul este dependent.

190. **DEPERSONALIZARE** (fr. *dépersonnaliser* ; cf. lat. *personna* „mască, rol, persoană, personaj") ● Tulburarea conştiinţei propriei persoane, propriului Eu, subiectul avînd sentimentul pierderii identităţii somatopsihice personale. El trăieşte dureros impresia că a devenit străin, diferit sau nereal, păstrînd conştiinţa personalităţii sale anterioare. Curgerea existenţială se destramă, viaţa părînd a se desfăşura în gol, într-un ritm încetinit. Propriul Eu devine un spectacol dramatic pentru subiect. Afectivitatea este dominată de anxietate, care poate atinge apogeul într-un acces brutal de angoasă de depersonalizare, derivînd din îndoiala faţă de realitatea propriului Eu şi faţă de ambianţă (FOLLIN). Sentimentele devin terne, apare senzaţia de vid emoţional. Subiectul manifestă indecizie în acţiune, hipobulie, dificultăţi în organizarea gîndirii. Tabloul clinic este completat frecvent cu derealizare, desomatizare, analiză introspectivă (subiectul alunecă în subiectiv, consecutiv efortului de regăsire, desprinzîndu-se şi îndepărtîndu-se de real).

Depersonalizarea a fost iniţial descrisă de P. JANET în psihastenie. Automatismul mintal recunoaşte o alterare profundă a conştiinţei propriului Eu, avînd la bază o scădere a tensiunii psihologice, deci apariţia senzaţiei de depersonalizare. Sindromul de depersonalizare apare frecvent şi în stări depresive (prin modificarea percepţiei timpului trăit), în melancolie (sub forma acuzelor hipocondriace, a ideilor de transformare şi negaţie din sindromul Cotard), în cadrul reacţiilor afective, în neurastenie, nevroză obsesivo-fobică, la personalităţi dizarmonice ; schi-

zoide şi isterice, în bufee delirante. Depersonalizarea poate constitui preludiul aurei în stări crepusculare. În psihozele toxice se poate asocia sindromului halucinator sau iluziilor senzoriale. În debutul de tip pseudonevrotic al schizofreniei se manifestă prin sentimentul înstrăinării propriului Eu, perplexitate faţă de propriul corp sau sentimentul de fragmentare corporală, alături de preocupări hipocondriace. M. ROTH a descris tipul de nevroză caracterizată prin fobie-anxietate-depersonalizare (nevroza pseudoschizofrenică), în care cele trei elemente coexistă. Manifestări ale depersonalizării, cu caracter pasager, sînt posibile şi la subiecţii normali, fiind favorizate de o reducere a stării de vigilenţă (surmenaj, stări hipnagogice şi hipnapompice). Din punct de vedere psihanalitic, depersonalizarea s-ar explica printr-o fixare într-un stadiu pregenital şi regresiune narcisistă.

Depersonalizarea nu dispune de o terapie specifică, recăpătarea conştiinţei propriului Eu fiind realizată prin tratamentul afecţiunii de bază. Uneori dispare spontan, după o perioadă relativ lungă de persistenţă.

191. **DEPHADREN**[(M)] S.U.A — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat fenil-etilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină-amină simpaticomimetică ; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

192. **DEPISTARE** (fr. *dépister*) ● Element de referinţă al profilaxiei secundare, în accepţiunea OMS ; se realizează la nivelul tuturor tipurilor de unităţi medicale şi este necesar să fie cît mai precoce, atît din motive medicale, cît şi economice. Deosebit de importantă este depistarea cît mai precoce a cazurilor de boală, atît a celor manifeste — dar încă nesemnalate —, cît şi a celor pe cale de a se constitui ca atare, în vederea instituirii în timp util a unor măsuri medico-sociale complexe. Efortul depus în această direcţie are cel puţin trei consecinţe pozitive :

- depistat „în timp util", bolnavul (sau candidatul la boală) poate fi tratat mai uşor, mai repede şi mai bine, cu mai mari şanse de refacere şi de redare completă a sănătăţii ;
- în cazul în care boala are un grad de periculozitate nu numai pentru bolnav, ci şi pentru semenii săi, prin măsuri prompte se elimină acest risc ;
- cunoaşterea bolilor în stadiu cît mai precoce permite o mai bună identificare a cauzelor pentru marea lor majoritate, cu şanse mai bune de tratament, pentru toate.

Referitor la bolile psihice, depistarea lor precoce este dependentă de nivelul educaţiei sanitare a populaţiei, precum şi de accesibilitatea la instituţiile de asistenţă psihiatrică. Educaţia populaţiei în domeniul sănătăţii mintale trebuie să vizeze mai multe aspecte :

- creşterea capacităţii de sesizare a bolii psihice ;
- creşterea încrederii în psihiatru şi în serviciile de psihiatrie în general ;
- modificarea atitudinii faţă de boala psihică şi faţă de bolnavul psihic.

Eficienţa terapiei psihiatrice este condiţionată de următorii factori :

- formula organizatorică şi funcţională a reţelei de psihiatrie ;
- capacitatea instituţiilor de psihiatrie disponibile ;
- mijloacele terapeutice.

Depistarea precoce poate fi individuală sau colectivă.

Depistarea individuală poate fi, la rîndul ei, curentă şi excepţională :

- depistarea curentă se realizează prin examenul medical, care poate fi activ (prin solicitarea subiectului de către unitatea medicală) sau pasiv (prin prezentarea subiectului din proprie iniţiativă) ;
- depistarea excepţională este particulară psihiatriei, procedurile ei fiind cuprinse în prevederile legislative privind tratarea şi internarea bolnavilor psihici periculoşi.

Depistarea colectivă se adresează grupurilor şi este numai activă, realizîndu-se numai la solicitarea unităţilor sanitare. Ea poate prezenta următoarele forme principale :

● Examenul medical al unui individ sau al unui grup (examen colectiv), cu prilejul intrării într-o nouă colectivitate ; reprezintă o metodă de depistare cu atît mai eficientă, cu cît se produce în momentele nodale ale vîrstei. Formele colective mai des aplicate ale acestui tip de control medical sînt :

- examenul medical al copiilor de 6—7 ani, la intrarea în şcoală ; se efectuează de către echipa din LSM copii, în colaborare cu medicul pediatru şcolar sau teritorial ;
- examenul medical al tinerilor înainte de recrutare şi încorporare ; se efectuează în LSM adulţi, în colaborare cu o echipă complexă de medici specialişti şi de medici de medicină generală ;
- examenul medical la admiterea în învăţămîntul superior ; se efectuează de LSM adulţi din teritoriul de domiciliu

al candidatului și este vizat de LSM studențesc din centrul universitar unde va candida subiectul ;

- examenul medical la încadrarea în muncă se efectuează de LSM adulți, numai la cererea medicului de medicină generală, pentru cazurile în care dorește să cunoască opinia specialistului, sau curent, pentru anumite locuri de muncă.

● Examene medicale profilactice periodice, denumite în mod curent „controale periodice" ; sînt acțiuni de masă care se organizează la anumite intervale de timp, la locul de muncă sau în teritoriu, urmărindu-se depistarea activă și timpurie, la anumite categorii de persoane, a fenomenelor morbide subclinice, în vederea instituirii măsurilor medico-sociale corespunzătoare.

● Examenul medical anual sau de etapă al unor categorii expuse ; se adresează în prezent mai ales șoferilor profesioniști și amatori, care, prin starea sănătății lor psihice, pot constitui un pericol atît pentru ei înșiși, cît și pentru sănătatea și integritatea celorlalți membri ai colectivității :

- controlul stării de sănătate psihică a conducătorilor auto profesioniști din întreprinderile de transport în comun se efectuează anual, examenul psihiatric fiind decisiv pentru continuarea activității sau schimbarea profilului profesional al subiectului ;
- examenul medical psihiatric de etapă al conducătorilor auto amatori se face de către medicul psihiatru din cabinetul de psihiatrie al policlinicii sau al LSM și prevede următoarele etape în funcție de vîrstă :
  — pentru conducătorii auto amatori sub 45 ani — la 5 ani ;
  — pentru conducătorii auto amatori între 45—60 ani — la 3 ani ;
  — pentru conducătorii auto amatori peste 60 ani — anual.

Aceste măsuri au scopul de a proteja atît individul, cît și colectivitatea, fiind o restricție absolută necesară, impusă de disfuncția generată de boală și de evoluția ei naturală. Controlul medical anual sau de etapă este aplicat și celor care își desfășoară activitatea în condiții particulare (înălțime, noxe), precum și cadrelor din învățămînt ; ar fi însă necesară extinderea lui și la alte categorii profesionale.

● Examene medicale profilactice ocazionale ; sînt acțiuni medicale prin care se caută depistarea precoce a afecțiunilor psihice cu ocazia solicitării de către subiect a unui aviz privind starea de sănătate în vederea căsătoriei, înfierii, instituirii tutelei, obținerii carnetului de conducere auto, permisului de port-armă.

● Examene medicale profilactice speciale ; vizează depistarea unei singure boli existente în sînul colectivității sau depistarea tuturor bolilor care afectează membrii unor colectivități.

Examinarea profilactică specială în vederea depistării unei singure boli se referă de obicei la afecțiunile care constituie probleme majore de sănătate publică : boli cardiovasculare, cancer, boli psihice etc. ; în această categorie intră „Studiul Titan" — 1972/73—1982/83 (PREDESCU și colab.).

Examinarea profilactică complexă constituie o formă superioară a examinărilor speciale de masă, cu caracter activ și preventiv. Ea constă în examinarea unei colectivități desemnate și pregătite anume în acest scop, de către o echipă de medici de diferite specialități. Se efectuează de obicei prin metode rapide de investigare, cu posibilități de aplicare în masă. Pe baza acestui tip de examinare, pe lîngă faptul că se depistează activ toate cazurile de îmbolnăviri existente în sînul colectivității, se determină și prevalența, respectiv starea de morbiditate reală a colectivității. În această categorie intră „ancheta stării de sănătate a populației" efectuată de Ministerul Sănătății în 1983.

193. **DEPIXOL(M), DEPIXOL CONCENTRATE(M)**, Anglia — DCI *Flupentixol decanoat* ● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic de tip 2-trifluorometil-9-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/propiliden/tioxantenă, cu acțiune neuroleptică incisivă, antidepresivă și anxiolitică. Prezentat atît în forma standard cît și depôt, este indicat în psihoze cronice și subacute; în profilaxia acceselor din psihoza maniaco-depresivă, cu efecte secundare moderate. Se pretează la tratament ambulatoriu de lungă durată. În ultimul timp este utilizat, la intervale mai scurte, și în combaterea manifestărilor acute.

194. **DEPLASARE** (cf. fr. *déplacer*) — sin ALUNECARE ● Concept psihianalitic referitor la economia energiei libere din procesele primare, inconștiente, caracterizat prin posibilitatea de a aluneca (deplasa) de-a lungul unor căi asociative, de la reprezentările intolerabile conștientului individului spre reprezentări legate de primele prin lanțuri asociative. Deplasarea poate fi intîlnită în :

- pulsiunile agresive inhibate în fața unui adversar redutabil, dar descărcate în fața unui adversar mai puțin temut ;

● elaborarea visului în care conținutul manifest este efectul unei deplasări în raport cu conținutul latent ;
● formarea simptomelor.

După unii autori deplasarea survine mai mult în formarea fobiilor și se opune mecanismului conversiei, unde se produce o simbolizare în registrul somatic al pulsiunii refulate.

195. **DEPLASAT** — *afect* — sin. TANSPOZIȚIE DE AFECT $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AFECT DISLOCAT.

196. **DEPOCALM**(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

197. **DEPORTARE** — *ecou psihopatologic* (cf. lat. deportare) ● Măsură represivă reprezentînd captivitatea într-un loc de exil, în condiții dificile de viață, adoptată din diferite motive (politice, rasiale sau altele), care are ca scop anihilarea oricărei rezistențe psihologice, putînd determina pierderea integrității psihice și fizice a individului. I.F. STEINER descrie duritatea tratamentului aplicat deportaților, în afara oricăror norme și considerente morale, înaintea și în timpul deportării propriu-zise, generator al unei largi game de manifestări psihopatologice. Marile drame ale istoriei civilizației au permis culegerea a numeroase date care au conturat un „sindrom al deportaților", caracterizat prin astenie, apatie, impresionabilitate marcată, anxietate, tulburări hipnice și mnezice. MINKOWSKI a descris la deportații reîntorși în patrie „un fel de epuizare afectivă", echivalentă, la TARGOWLA, cu „sindromul de hipermnezie emoțională paroxistică tardivă". Deportatul trăiește detenția cu sentimentul nedreptății care i s-a făcut și care nu poate fi reparat, putînd reacționa, în funcție de personalitatea lui premorbidă, prin atitudini de rezistență, de luptă sau revoltă, prin reacții de abandon, demisionare și chiar prin autoliză.

198. **DEPOSEDARE**(D) *delir* (fr. *déposséder* ; cf. lat. *possidere* „a lua în stăpînire") ● Subvariantă a delirului procesiv, semnalată de PAILHAS și descrisă și denumită ca atare de RÉGIS. Deliranții sînt „victimele" unor hotărîri judecătorești sau administrative (corecte), luate în limitele legii, pe care însă ei nu le recunosc, considerîndu-se în continuare proprietarii unor bunuri care nu le mai aparțin. Această convingere îi face să acționeze în consecință, revendicîndu-și „drepturile" cu și mai mare violență. Autorul menționează unele particularități ale personalității premorbide a delirantului : încăpățînarea, impulsivitatea, lipsa instrucției, brutalitatea. La un secol după descrierea lui RÉGIS, se poate adăuga și faptul că unele obiceiuri și tradiții regionale, existența unor sisteme de relații sociale rutiniere, au rolul lor în declanșarea acestui delir.

199. **DEPOSEDARE**(S) sindrom ● Trăire particulară care conferă subiectului sentimentul „de a nu-și aparține lui însuși" ; a fost descris de LÉVY-VALENSI, interpretîndu-l ca o variantă a sindromului de automatism mintal ; după aceeași opinie, sindromul de deposedare ar sta la baza dezvoltării delirului de influență.

200. **DEPRAMINE**(M) Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-3-/(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă ; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

201. **DEPRELIO**(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se complementează :

● AMITRIPTILINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
● PERFENAZINA(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic. Are acțiune antidepresiv-sedativă.

202. **DEPRENIL**(M) Polonia ● Timoleptic, derivat dibenzazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANTIDEPRIN(M). România.

203. **DEPRENYL**(M) Ungaria — DCI *Selegilină* ● Antidepresiv, timoleptic, derivat propargilaminic de tip (R)-(—)-N, -dimetil-N-2-propinilfenetilamină, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

204. DEPRESIE (lat. depressio „afundare, coborîre") ● Scădere pînă la prăbușire a dispoziției bazale, cu caracter pasager sau durabil, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste și amenințătoare ; aceste aspecte, precum și puternica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală, sînt argumente pentru a considera depresia ca o hipertimie negativă.

Depresia este cel mai frecvent fenomen psihopatologic întîlnit în practica psihiatrică, dar nu numai în aceasta. Se apreciază că cel puțin 10% din subiecții care se prezintă la medicul generalist sînt depresivi. OMS consideră că 3% din populația pămîntului suferă de depresie, ceea ce în cifre absolute realizează un impresionant contingent, cuprinzînd peste 150 milioane de persoane. Tendința fenomenului este de creștere, după SARTORIUS, datorită creșterii duratei medii de viață, modificărilor psihosociale rapide generatoare de situații stressante, creșterii morbidității prin boli cronice (în care depresia apare ca simptom asociat), consumului excesiv de medicamente, care pot induce o depresie farmacogenă (în special antihipertensivele, corticosteroizii, contraceptivele).

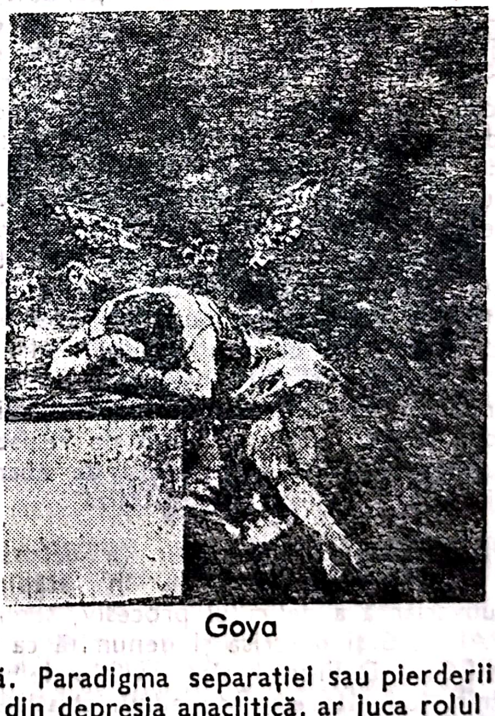
Este foarte utilă o distincție între sensul uzual al depresiei (tristețe sau emoție negativă) și cel psihopatologic, în care nu lipsește numai obiectul suferinței, dar însăși suferința este anormală, pervertită, deformată, subiectul devenind, după TELLENBACH, „obiectul propriei sale suferințe".

Intensitatea clinică a depresiei, distincția ei de „tristețea normală", se face prin evidențierea trinomului : dispoziție depresivă, încetinirea proceselor de gîndire, lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de depresie somatică :

- dispoziția depresivă este trăită ca o „tristețe vitală" (K. SCHNEIDER), caracterizată prin pierderea sentimentelor, golire și neliniște interioară, conținut perceptual cenușiu, nebulos uneori ;
- încetinirea proceselor gîndirii este exprimată de monoideism, cu conținut depresiv, incapacitate decizională, ruminații. Ideația poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autoacuzare și sentimente de vinovăție, inutilitate, ruină etc. Depresivul trăiește o stagnare a timpului intim imanent, care se desincronizează de timpul real ; această oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentînd o incapacitate de acțiune autentică (TATOSSIAN) ;
- lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mișcărilor, diminuarea expresiei și mobilității mimice (hipo- sau amimie), dificultate de verbalizare; tendința de a se complace în activități fără scop (inerție psihomotorie) ;
- simptomele auxiliare, de expresie somatică, se traduc printr-o tulburare a vitalității — astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie și scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale. Tulburările somatice sînt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiția parasimpatică : hiposalivație, dureri epigastrice, meteorism, constipație sau diaree, greutate în respirație, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, amețeli, cefalee, dureri difuze în regiunea tractului urogenital.

Tranziția „tristeții normale" spre depresia clinică urmează o traiectorie discontinuă, după KRAEPELIN, continuă după A. MEYER, interesînd însă oricum structuri neuronale și mecanisme neuropsihice complexe, prin intermediul cărora selecția naturală, mutațiile genetice, condiționările, învățările inițiază, organizează, integrează și finalizează procesele metabolice emoționale și activitățile direcționate ale organismului (KLERMAN).

Afectele umane, inclusiv depresia, joacă rolul unor instanțe psihice de mediere adap-



Goya

tativă. Paradigma separației sau pierderii mamei, din depresia anaclitică, ar juca rolul unui semnal adaptativ social, al nevoilor instinctiv-emoționale ale copilului, adresat grupului familial (BOWLBY). Experimentele pe antropoide au confirmat ipoteza existenței unor

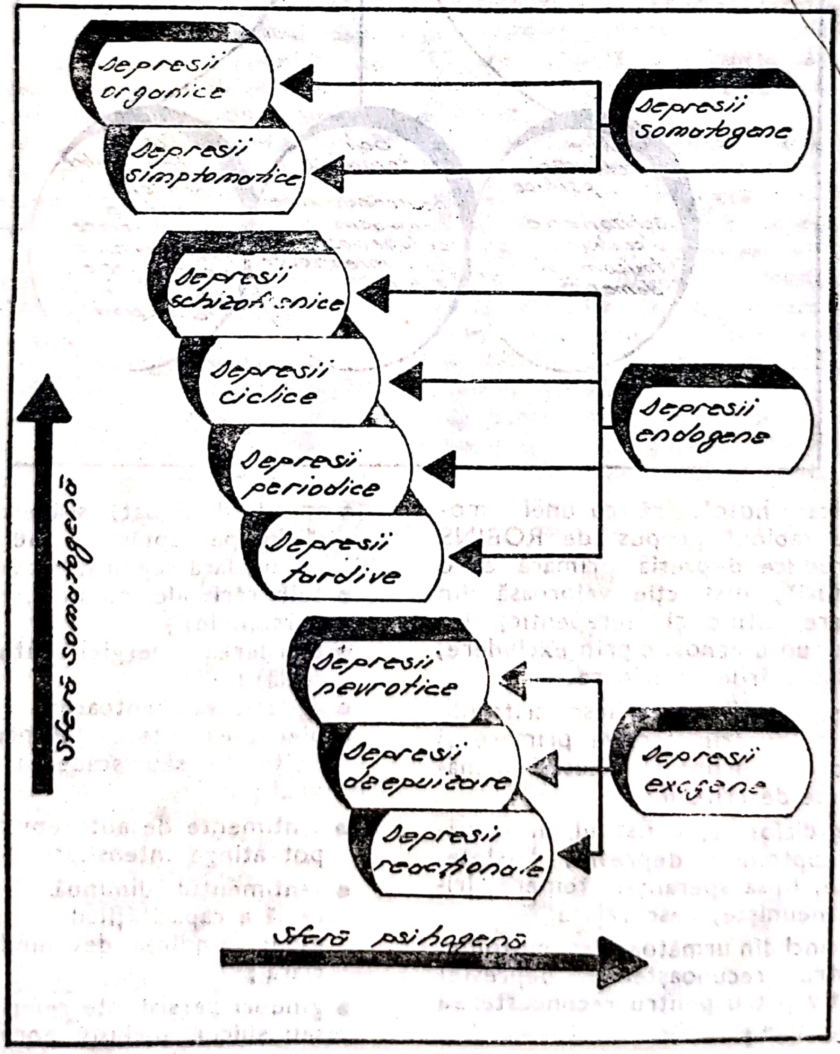
Scanned with OKEN Scanner

consecinţe de ordin comportamental, intelectual şi social ale privării materne, care par să aibă relevanţă pentru confirmarea teoriilor vulnerabilităţii crescute pentru boli afective a adulţilor care au cunoscut în copilăria precoce experienţa separării materne.

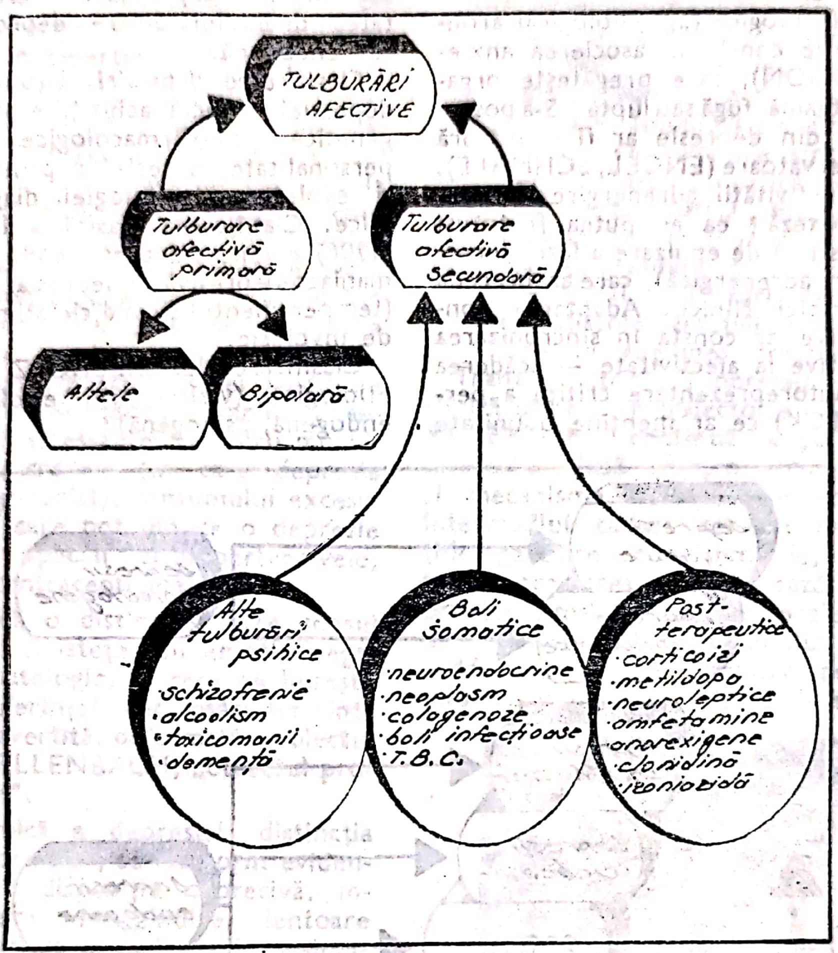
Adaptarea fiziologică („physiological arousal") din depresie constă în asocierea anxietate-frică (CANNON), care pregăteşte organismul pentru „teamă, fugă sau luptă". S-a postulat că inhibiţia din depresie ar fi o măsură adaptativă conservatoare (ENGEL, SCHMALE), deşi creşterea activităţii adrenergice nu susţine această ipoteză ; ea ar putea fi totuşi acceptată ca postfază de epuizare a fazei „erectile" (cu creştere adrenergică), care ar preceda instalarea depresiei clinice. Adaptarea conştiinţei subiective ar consta în sincronizarea funcţiilor cognitive la afectivitate — scăderea capacităţii de autoreprezentare critică a performanţelor (BECK) ce ar menţine o unitate la nivel inferior a personalităţii, cu păstrarea însă a stimei de sine. Perspectiva adaptaţionistă subliniază un sens unitar, sistemic al modificărilor patologice complexe ce se petrec în organismul depresivului, valabile îndeosebi în cazul depresiei reactive aflate la jumătatea drumului dintre depresia normală şi cea endogenă.

Clasificarea depresiei. Evoluţia clasificărilor depresiei reflectă achiziţiile studiilor familial-genetice, psihofarmacologice, biochimice, de personalitate, a testelor psihologice, precum şi evoluţia criteriologiei diagnostice psihiatrice. Clasificarea clasică a lui KRAEPELIN (1906) enumera depresia endogenă din psihoza maniaco-depresivă, depresia constituţională (temperamentul cicloid/ciclotimic) şi melancolia de involuţie.

Clasificarea lui KIELHOLZ (1972) este tot etiologică (vizînd trei etiologii : organică, endogenă, psihogenă) :



ROBINS şi GUZE (1972) aplică modelul medical tradiţional, în concepţia depresiei ca fenomen clinic, şi propun două criterii de clasificare : cronologic şi prezenţa unei boli asociate. Depresia primară (din cadrul tulburărilor afective primare) apare ca atare, la un subiect fără istoric psihiatric sau somatic, în timp ce depresia secundară succedă unei alte afecţiuni psihiatrice, somatice sau unei toxicomanii :



Această clasificare nosologică (cu unele modificări faţă de tabloul propus de ROBINS şi GUZE) introduce depresia primară ca o categorie reziduală, distincţie valoroasă din punct de vedere clinic şi terapeutic, întrucît presupune un diagnostic prin excludere, reţinut şi în clasificările ulterioare.

FEIGHNER ş.a. (1972) stabilesc criteriile diagnostice ale tulburării afective primare şi secundare. Depresia primară necesită următoarele trei grupe de criterii :

- Dispoziţie disforică, constînd în următoarele simptome : depresie, tristeţe, deznădejde, lipsa speranţei, temere, iritabilitate, nelinişte, descurajare.
- Cel puţin cinci din următoarele simptome, necesare pentru recunoaşterea depresiei „clare", respectiv patru pentru recunoaşterea depresiei „probabile" :
- apetit diminuat, scădere în greutate (1 kg pe săptămînă sau cel puţin 5 kg pe an, fără regim hipocaloric) ;
- tulburări ale somnului (insomnie, hipersomnie) ;
- pierderea energiei (fatigabilitate, oboseală) ;
- agitaţie sau lentoare ;
- pierderea interesului pentru activităţile obişnuite sau scăderea interesului sexual ;
- sentimente de autorepros sau vină (care pot atinge intensitate delirantă) ;
- sentimentul diminuării sau diminuarea reală a capacităţii de a se concentra sau gîndi, gîndirea devenind lentă sau neclară ;
- gînduri persistente referitoare la moarte sau suicid, inclusiv dorinţa de a muri

Scanned with OKEN Scanner

● Depresia să dureze cel puțin o lună, fără a fi anticipată de alte boli psihice (schizofrenie, nevroză anxioasă, fobică, obsesivo-compulsivă, isterie, alcoolism, farmacodependență, personalitate antisocială, homosexualitate și alte deviații sexuale, întîrziere mintală sau sindrom psihoorganic).

Diagnosticul de depresie primară nu se pune subiecților care duc o existență stresantă sau suferă de boli invalidante somatice care precedă sau acompaniază depresia.

Depresia secundară, „clară" sau „probabilă", este definită în același mod cu depresia primară, dar apare în una din condițiile următoare:

- o boală nonpsihică preexistentă, în stare latentă sau manifestă;
- stres repetat sau boală invalidantă, care precedă sau însoțește simptomele depresiei.

Conceptul de endogen-psihogen (LANGE, 1926) se argumentează etiologic, simptomatic, evolutiv, familial. Din punct de vedere etiologic, depresia psihogenă este reacția la un eveniment. Simptomatologic, depresia endogenă se manifestă prin lentoare psihomotorie, idei de culpabilitate, fenomene somatice și vegetative care nu se întîlnesc în depresia psihogenă, unde subiectul caută protecția anturajului. Evolutiv, simptomatologia depresiei endogene nu se modifică în funcție de ambianță. Criteriul familial evidențiază, în cadrul depresiilor endogene, antecedente frecvente de psihoză maniaco-depresivă.

WINOKUR ș.a. (1972, 1975, 1979) mențin în clasificarea lor distincția depresie primară/secundară, renunțînd la aceea dintre depresia endogenă și psihogenă (reactivă). Această clasificare permite separarea subiecților cu istoric genetic familial (rude de gradul întîi) de boală afectivă („spectrul depresiei boală" și „boală depresivă pură") de cei fără această încărcătură genetică — „depresie sporadică", această distincție fiind utilă pentru studierea ponderii vulnerabilității specifice individuale la depresie în raport cu alți factori etiologici. Prototipul pentru „spectrul depresiei boală" este depresia cu debut precoce la o pacientă cu ereditate afectivă încărcată, reprezentată prin depresie la rudele de același sex, respectiv prin alcoolism și sociopatie la rudele de sex opus. Prototipul „depresiei pure" este un subiect a cărui boală debutează înainte de vîrsta de 40 de ani, avînd ereditate depresivă egal repartizată pe sexe la rude, fără ca în rîndul acestora să fi existat fenomene de alcoolism sau personalități antisociale.

Dihotomia după criteriul polarității (unipolar/bipolar) aparține lui LEONHARD (1962) și s-a menținut în clasificările și studiile ulterioare (ANGST, 1966; PERRIS, 1966 ș.a.), deși statutul depresiei unipolare a rămas incert. Se acceptă, drept criteriu necesar, intensitatea psihotică (episod depresiv major — DSM III) sau, după unii autori, a recurențelor frecvente (PERRIS — trei recurențe; SCHOU, cel puțin două într-un interval de 1—2 ani).

O altă clasificare este aceea a OMS—ICD 9 (International Classification of Dieseases) din 1975:

- psihoză maniaco-depresivă (PMD), formă depresivă și formă circulară cu perioadă depresivă;
- psihoză neorganică, formă depesivă (psihoză depresivă) psihogenă;
- depresie nevrotică;
- stare acută reacțională (acute reaction to stress);
- reacție depresivă scurtă;
- reacție depresivă prelungită.

Elementele de progres constau în izolarea „personalității depresive", definită ca personalitate distinctă, și în faptul că nu se mai consideră depresia de involuție ca o categorie autonomă.

În spiritul unei binevenite prudențe nosografice (rezultată din luarea în considerare a realității clinice în toată complexitatea ei), SPITZ și colab. clasifică depresia (în cadrul tulburărilor afective) după un criteriu clinic cantitativ care implică în mod necesar și aspectul calitativ (al apartenenței nosologice, atunci cînd este posibil). Astfel, depresia este clasificată în trei categorii, cu clase și subclase specifice:

● Episod depresiv major:

- tulburare bipolară, mixtă (episoade maniacale și depresive mixte sau rapid alternate la cîteva zile):
  - — tulburare bipolară, depresivă (episod maniacal anterior, unic sau repetat, devenit episod depresiv);
  - — episod unic depresiv;
  - — depresie majoră recurentă (cu absența unui episod maniacal);
  - — tulburări afective atipice;
- tulburare bipolară atipică (depresie majoră+hipomanie=bipolar II); este o categorie reziduală pentru subiecții care nu se încadrează în tulburarea bipolară (bipolar I) sau în tulburarea ciclotimică, în care episodul de tip maniacal nu îndeplinește condițiile de severitate și durată ale unui veritabil episod maniacal (nu necesită internare).

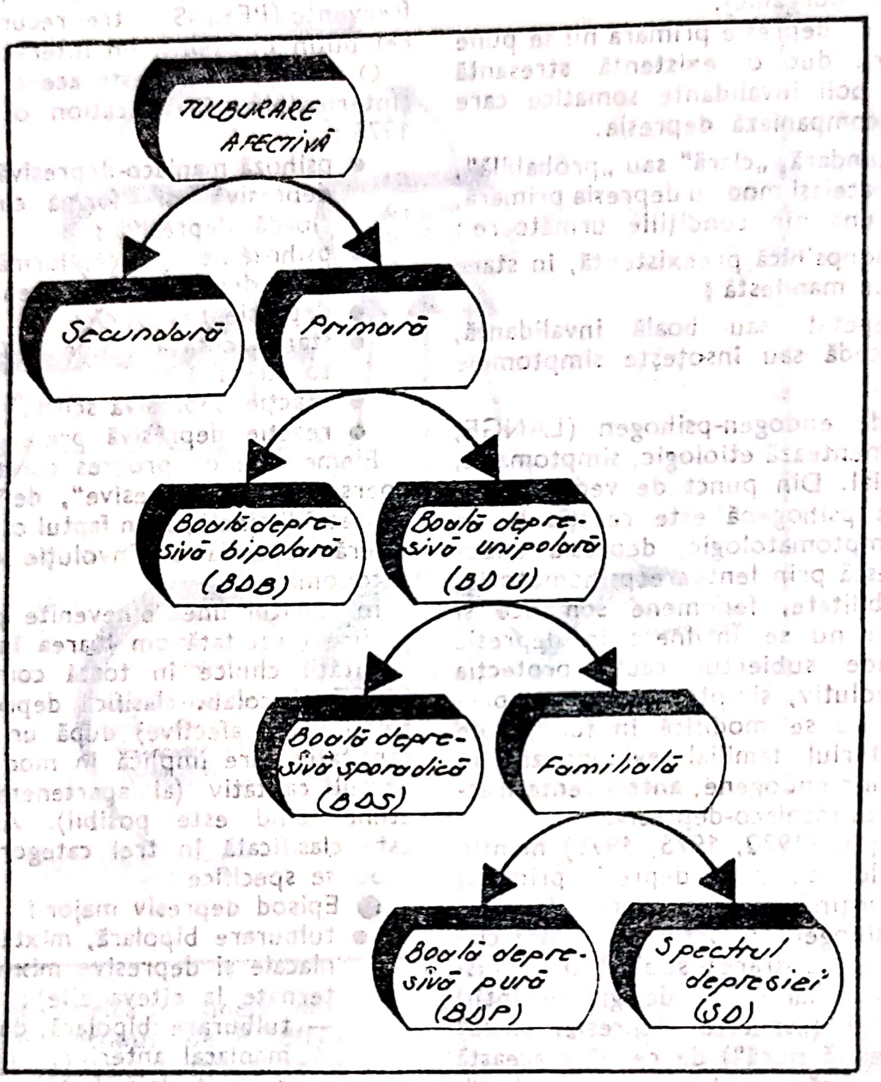
● Alte tulburări afective specifice:

- tulburare ciclotimică;
- tulburare distimică (nevroza depresivă).

Scanned with OKEN Scanner

● Depresia atipică.

Ca perspectivă de viitor, aşteptînd noi date biochimice şi genetice care să ofere baza pentru o clasificare adecvată a depresiilor din punct de vedere atît etiopatogenic, cît şi clinic, o opinie realistă este a acelora care au conceput modelele polidiagnostice, ţinînd cont de nivelul actual al cercetărilor în domeniu, fără să abandoneze nosologia tradiţională (P. PICHOT şi lista integrantă de criterii taxonomice a lui C. B. PULL şi colab. : LICET D.).



Clasificarea lui Winokur

Etiologia depresiei rămîne încă o problemă controversată. Există un număr mare de ipoteze, din care mai frecvent luate în discuţie sînt următoarele :

● Teorii biochimice. Dintre toate manifestările psihopatologice, cele mai multe date biologice au fost obţinute asupra depresiei, fără a oferi însă o certitudine absolută în privinţa modificărilor biochimice implicate în dereglările metabolice, ca factor etiologic; depresiile au reprezentat totuşi prima tulburare psihică pentru care au fost concepute şi verificate în practică teste biologice cu valoare diagnostică şi prognostică. În funcţie de multitudinea şi diversitatea datelor obţinute, au fost elaborate mai multe variante de teorii biochimice :

● Teorii monoaminergice :

— teorii cantitative, bazate pe deficienţa transmiterii monoaminergice, pe ipoteze în privinţa noradrenalinei (NA) şi serotoninei (SRT), pe descoperirea inhibiţiei receptorilor sub efectul antidepresivelor triciclice, precum şi pe antagonismul degradărilor prin IMAO. Acţiunea acestor două mari categorii de antidepresive este capabilă să mărească concentraţia monoaminelor la nivelul fantei sinaptice, ceea ce a dus la concluzia că stările depresive s-ar datora

scăderii acestei concentrații, concepindu-se chiar două categorii ale depresiilor endogene : prin deficit NA și prin deficit de SRT. Dopamina (DA) a fost de asemenea incriminată în mecanismul anumitor depresii, pornindu-se de la constatarea clinică a stărilor depresive din boala Parkinson, din anomaliile circadiene ale tirozinei, precursor al catecolaminelor (DA și NA) ; au fost puse, de asemenea, în evidență valorile scăzute de acid homovanilmandilic (HVA), catabolit al dopaminei, în lichidul cefalorahidian, la depresiile inhibate, efectul amfetaminelor in ameliorarea anumitor depresii, prin eliminare de dopamină in fanta sinaptică, precum și efectul antidepresivelor cu activitate dopaminergică prevalentă (amineptina, nomifensina) ;

— teoria dezechilibrului între cele două căi monoaminergice — SRT și NA (TISSOT), care ar consta în hipocatecolaminergie și hiperserotoninergie în depresii, inversindu-se în manie. Dezechilibrul ar proveni din acțiunea competitivă a precursorilor fiecăreia din aceste căi (tirozina pentru catecolamine și triptofanul pentru serotonină), fiecare din precursori putind inhiba intrarea celuilalt, antrenind astfel preponderența unei căi asupra alteia, după care, prin mecanisme de feedback, s-ar inversa situația, creindu-se un dezechilibru în sens invers.

● Teorii membranare :

— anomalii ale permeabilității membranei, datorate modificărilor metabolismului apei, sodiului, potasiului și al altor electroliți, observate în depresiile endogene aceste modificări sînt cu atît mai semnificative, cu cit au un caracter variabil, sau chiar se inversează, un exemplu fiind retenția hidrosalină în manie ;

— o nouă ipoteză a fost elaborată în urma descoperirii receptorilor din membranele celulare pentru neurotransmițători și pentru neuromodelatori și de punerea în evidență a plasticității funcționale (capacitatea de adaptare la excesul sau deficiența neurotransmițătorilor prin modificări de număr sau sensibilitate).

● Alte ipoteze :

— alte sisteme biochimice, mai ales cele care au legături funcționale cu sistemele monoaminergice : sistemele endorfinice, gamaergice și colinergice sint susceptibile de a avea un rol în patogenia depresiilor, aceste ipoteze bazindu-se tot pe constatarea unor date chimice, precum eficacitatea antidepresivă a unor substanțe cu efect anticolinergic ;

— supoziția existenței unui liant endogen ca factor regulator al dispoziției, fapt bazat pe constatări experimentale — existența în creierul de șoarece a unor focare de legătură a imipraminei, semnalate și pe trombocitele umane.

● Teorii cronobiologice. Depresia endogenă (unipolară) și subtipul depresiv al bolii bipolare comportă — cel puțin descriptiv dacă nu și etiopatogenic — abordarea cronobiologică (bioritmologică). WEHR și GOODWIN (1981) enumeră în acest sens citeva argumente clinice și paraclinice ale cronobiologiei depresiei ; periodicitatea ; debutul legat de sezon al episoadelor, cu maximum de frecvență spre sfirșitul primăverii și/sau începutul verii (ca și suicidul asociat depresiei) ; virajul depresie-manie apare de obicei în a doua jumătate a nopții (cind există o creștere bruscă a cortizolului plasmatic) ; în cadrul episodului depresiv există variații diurne ale simptomatologiei, cu ameliorări după-amiaza sau seara (pînă la eutimie sau chiar hipomanie) și reinstalarea depresiei în cursul nopții ; dissomnia constă în trezirea matinală, precedată de întreruperi ale somnului (cu modificarea cantitativă și calitativă a somnului, precum și a distribuției sale în ciclul odihnă-activitate ; traseele EEG de somn în timpul de latență a somnului, relevă prima fază mai scăzută, REM mai lung și cu o mai mare densitate a mișcărilor oculare decit la normal ; creșterea matinală a cortizolului plasmatic apare mai devreme, ca și diminuarea temperaturii corporale ; privarea de somn diminuează parțial simptomatologia depresivă pentru 1—3 zile). Concepțiile cronobiologice avansează două ipoteze : existența unui proces ciclic care acționează, prin structurarea unor ritmuri endogene nonperiodice sau prin mascarea efectelor unor funcții homeostatice (a căror desfășurare este ritmică), asupra modului de manifestare a bolii afective ; existența unui proces patogenic care ar decurge din perturbarea ritmului circadian al organismului. Pentru ambele ipoteze există studii pro și contra, care caută corelații între diferiți parametri fiziologici (ciclul veghe-somn, temperatura rectală, cortizolemia, cortizoluria etc.), între tulburările psihice ce apar în urma schimbărilor de fus orar în zborurile de lungă durată sau datorate experiențelor de privare senzorială îndelungată și periodicitatea tulburărilor afective (HALBERG, 1968 ; JENNER ș.a., 1968 ;

KRIPKE ş.a., 1972; LUND ş.a., 1983). Efectul psihoprofilactic al litiului în bolile afective a fost explicat şi prin prelungirea ritmului circadian (ENGELMAN, 1973), dar alcoolul, deşi are efecte similare litiului asupra ritmurilor circadiene, nu are efecte profilactice la afectivi (BRINKMANN, 1976). Pînă la clarificarea rezultatelor acestui gen de studii se poate conchide că în prezent nu există dovezi concludente pentru considerarea unei tulburări circadiene în etiopatogenia bolilor afective, inclusiv depresia (Von ZERSSEN, 1983).

● Teorii psihosociale. PAYKEL a arătat, în 1983, că studiile controlate, folosind tehnica interviului structurat, au demonstrat o importantă participare a evenimentelor de viaţă la depresivi (PAYKEL, 1969; THOMSON şi HENDRIE, 1973; BROWN, 1973; FAVA, 1981; VADHER şi NDETEI, 1981; CHATTERJEE, 1981; MURPHY, 1982), în raport cu laturile de control (populaţia generală, alte afecţiuni psihice, afecţiuni somatice), dar că această participare nu are specificitate etiopatogenică, cum era de aşteptat, de altfel, la depresia endogenă. De asemenea, nu este clară participarea evenimentelor de viaţă în subtipul depresiei al bolilor afective bipolare (HALL, 1977; PATRICK, 1978). Studiile epidemiologice au arătat o slabă corelaţie în prevalenţa depresiei cu evenimentele de viaţă; indezirabilitatea acestora pare să fie mai importantă decît schimbările induse de apariţia evenimentelor. Atunci cînd dezirabilitatea unui eveniment este ignorată, răsunetul lui afectiv pare să fie mai redus (BROWN). Şi studiile prospective (GRAND, 1981, 1982; JENKINS, 1979) sînt grevate de aceeaşi corelaţie slabă. Clarificarea rolului evenimentelor de viaţă se va putea face numai după aprofundarea studiilor de corelaţie a factorilor de personalitate, genetici şi biologici în cadrul plurifactorialităţii etiologice a depresiei.

● Teorii genetice. Ipoteza genetică a etiologiei bolilor afective este acceptată astăzi, fără a se fi stabilit însă parametrii predicţiei vulnerabilităţii condiţionate genetic la aceste tulburări. Rezultatul indirect al studiilor genetice şi familiale a constat, în general, în omogenizarea entităţilor nosologice şi clasificarea criteriilor diagnostice, probabil cea mai importantă achiziţie în psihiatria ultimei decade (WINOKUR). Nu s-a constatat o relaţie directă între genotip şi fenotipul clinic. S-au găsit astfel genotipuri diferite la boli asemănătoare şi boli fără etiologie genetică demonstrată, care sînt fenocopii ale unora cu etiologie genetică (VRASTI). Astăzi se admite predispoziţia genetică pentru boala afectivă bipolară şi unipolară, care este diferită de cea pentru schizofrenie. Incidenţa bolilor psihice printre rudele biologice ale probanţilor adoptaţi este mai mare decît la rudele adoptive, atît în cazul bolii afective, cît şi în cel al schizofreniei; în schimb, diagnosticele afecţiunilor rudelor biologice sînt similare celui ale probantului, ceea ce sugerează că atît boala afectivă, cît şi schizofrenia reprezintă clase morbide distincte, în care transmiterea genetică joacă un rol important. GHERSON (1982) enumeră trei probleme controversate în genetica bolilor afective. Prima priveşte relaţia genetică incertă dintre boala afectivă bipolară şi unipolară, parte componentă a unei probleme mai generale, care rezidă în întrebarea: există un spectru al bolilor transmise genetic alături de boala afectivă bipolară, sau doar entităţi discrete, dificil de separat clinic şi independente? A doua problemă pune în discuţie modul transmisiei genetice: această transmisie este autosomală (cu o singură genă majoră) sau gonosomală (legată de cromozomul X)? există subgrupe afective definite de un linkage cu locusul sistemului antigenic HLA al cromozomului 6 şi/sau cu acromatopsia pentru roşu (protanopia, marker genetic bine cunoscut) strîns legată de deficienţa glucozo-6-fosfatdehidrogenazei, al cărei locus se află pe cromozomul X? A treia problemă ar trebui să răspundă la întrebarea dacă există markeri biologici pentru vulnerabilitatea genetică şi dacă există heterogenitate genetică în bolile afective.

Studiile familiale au arătat că spectrul clinic al bolii afective include, alături de boala afectivă bipolară şi boala afectivă unipolară, şi alte entităţi, inclusiv schizofrenia afectivă, personalitatea ciclotimică şi, probabil, chiar şi altele, cum ar fi anorexia mintală (GHERSON, 1982; NURNBERGER, 1983). S-a confirmat, în acelaşi timp, predispoziţia genetică specifică, boala afectivă fiind, se pare, constituită din subgrupe genetice heterogene, în cadrul cărora boala afectivă bipolară şi boala afectivă unipolară sînt doar cele mai importante (PERRIS, 1982; VRASTI, 1984).

Transmisia autosomală dominantă şi cea gonosomală, legată de cromozomul X, a fost abordată într-o mare varietate de metode, obţinîndu-se rezultate contradictorii, fără să poată fi dovedită decît prezenţa ei în unele forme (bipolară), transmiterea ereditară efectuîndu-se după modelul multifactorial, care implică, în cazul vulnerabilităţii genetice pentru boala afectivă bipolară, şi pe cea pentru boala afectivă unipolară, alături de factori suplimentari, atît genetici cît şi de mediu. Studiile de linkage, folosind ca markeri genetici sis-

temul antigenic leucocitar uman A (HLA), glucozo-6-fosfatdehidrogenaza, grupul sanguin Xg[a] şi deuteranopia-protanopia, au dus la rezultate ce nu conduc la un răspuns clar (KIDD, 1982). Studii care au găsit unele corelaţii în familii de afectivi bipolari sînt contrazise de altele, datorită probabil neomogenităţii metodologice. Astfel, corelaţia pozitivă pentru linkage cu tulburarea vederii pentru cele două culori (verde, roşu), MENDLEWICZ (1972, 1975), este infirmată de GHERSON (1977), motivul heterogenităţii neputînd fi acceptat pentru acestă diferenţă. KIDD (1982) afirmă însă că studiile de linkage sînt departe de a rămîne o preocupare colaterală, lipsită de perspectivă, şi că rezultatele lor sînt numai aparent contradictorii. Autorul reţine, din aceste studii, existenţa a trei tipuri genetice de boală afectivă: unul ce s-ar caracteriza prin heritabilitate legată de cromozomul X — cu linkage la tulburarea vederii colorate, altul autozomal, cu linkage la locusul sistemului antigenic HLA, şi cel puţin un al treilea tip, diferit de fiecare din primele două.

Heterogenitatea genetică existentă în bolile afective (căreia îi corespunde şi una biologică) este demonstrată de lipsa unei repartiţii uniforme, de distribuţie mendeliană a cazurilor, atît în cadrul aceleiaşi generaţii, cît şi de-a lungul unui pedigree, ca şi de prezenţa mai multor tipuri de boli afective într-o aceeaşi familie (VRASTI). În ceea ce priveşte bolile afective unipolare, studiile genetice au găsit, că 66% dintre ele sînt fenocopii (BARON 1981), un procent mai mare ca în bolile afective bipolare (45%), ceea ce înseamnă o mai redusă participare a transmisiei genetice în depresia majoră decît în bolile afective bipolare.

Modele prag (al locusului unic major, autozomal, sau gonozomal X — ELSTONX, STEWART, 1971, şi multifactorial — poligenic — REICH, 1972) abordează heterogenitatea transmisiei genetice (nemendeliene) din bolile afective, concepînd heritabilitatea ca variabilă dependentă de mediu (vulnerabilitatea crescută este asociată unei heritabilităţi crescute şi invers). Depresia majoră ar fi, conform studiilor de prag, rezultatul unei vulnerabilităţi genetice inferioare bolii afective bipolare, iar aceasta ar avea, la rîndul ei, o vulnerabilitate mai mică decît schizofrenia afectivă.

Teste biologice în depresii :

- Teste de rutină :
  - testul de supresiune la dexametazonă (DST — Dexamethasone Supression test) ;
  - testul stimulării TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ;
- Teste folosite în cercetare :
  - explorarea metabolismului serotoninei (SRT) ;
  - studiul metabolismului noradrenalinei (NA) ;
  - studiul metabolismului dopaminei (DA) ;
  - studiul altor tulburări endocrine : a hormonului somatotrop hipofizar, a prolactinei, a hormonilor tiroidieni, a hormonilor sexuali, a melatoninei ;
  - studiul enzimelor — monoaminooxidaza (MAO), betadopaminhidroxilaza-catecol-o-metiltransferaza ;
  - studiul trombocitului ca model al neuronului serotoninergic — mărirea concentraţiei serotoninei în trombocit, studiul capturii trombocitare a serotoninei ;
  - studiul focarelor de concentraţie trombocitară a imipraminei marcate ;
  - studiul alfareceptorilor noradrenergici.

Acţiunea antidepresivelor asupra sistemului nervos central. Teoriile biochimice ale depresiei s-au bazat în mare parte pe cunoaşterea mecanismelor de acţiune a antidepresivelor asupra sistemului nervos central. Încă din 1965 a fost remarcat faptul că antidepresivele triciclice, de exemplu imipramina, pot bloca recaptarea monoaminelor cerebrale în terminaţiile presinaptice, în funcţie de formula chimică a antidepresivului cu acţiune preferenţială asupra serotoninei sau noradrenalinei. Cealaltă clasă de substanţe antidepresive IMAO împiedică prin inhibiţia sistemelor enzimatice a monoaminooxidazelor, degradarea monoaminelor cerebrale. Deşi acţionează prin mecanisme diferite, rezultatul celor două mari clase de substanţe antidepresive pare a fi acelaşi, şi anume creşterea concentraţiei de monoamine la nivelul fantei sinaptice, de unde concluzia că depresiile s-ar datora unui deficit de monoamine. Această ipoteză a fost pusă la îndoială de observaţia clinică asupra intervalului diferit de timp în care antidepresivele îşi fac efectul — de la una la trei săptămîni —, deşi acţiunea de creştere a monoaminelor circulante este imediată administrării lor (antidepresive triciclice sau IMAO). Prin studierea experimentală a neurotransmiţătorilor, cu ajutorul substanţelor marcate radioactiv, şi prin administrare de durată, s-a ajuns la concluzia că antidepresivele determină fenomenul de desensibilizare a receptorilor postsinaptici, emiţîndu-se supoziţia că acest fenomen ar fi responsabil de efectul lor terapeutic, indiferent de formulă.

Din punct de vedere clinic, pentru descrierea amănunţită a psihopatologiei depresiei pot fi consultaţi şi termenii NEVROZĂ DEPRE-

SIVĂ ; PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ ; DEPRESII REACTIVE etc.

205. **DEPRESIE ANACLITICĂ** (cf. lat. *depresio* ; gr. *anaklisis* „acţiunea de a se înclina pe spate, de a se culca"). ● Formă de depresie specifică pentru copilul mic, descrisă de Réné SPITZ, consecutivă separării brutale de mamă şi caracterizată prin plînsete, refuzul oricărui contact uman, tulburări de somn, dificultăţi în dezvoltarea psihomotorie. Dacă separarea afectivă nu durează mai mult de 3—4 luni, tulburările dispar → ANACLITIC.

206. **DEPRESIE (DE) EPUIZARE** ● Formă de depresie în cursul căreia se înregistrează un stadiu psihosomatic prelungit şi o predominanţă a simptomelor neurovegetative ; a fost descrisă de KIELHOLZ în 1959. Autorul explică instalarea acestei stări prin depăşirea capacităţilor de adaptare a organismului, determinată de suprasolicitarea mecanismelor care reglează normotimia, în condiţia cumulării unor factori stressanţi ce depăşesc nivelul de toleranţă, mult diferit de la un individ la altul (BIRKMAYER, NEUMAYER şi REIDERER). ANGST a insistat şi asupra unor determinări genetice în acest tip de depresie.

Cu toate că în deceniul al şaptelea s-au realizat numeroase studii asupra acestei presupuse entităţi, termenul nu a reuşit să se impună, fiind inclus de obicei în grupa celor care definesc depresiile mascate.

207. **DEPRESIE MASCATĂ**. ● Cadrul conceptual care defineşte „bolile depresive în care simptomele psihice sînt în plan secund" (KIELHOLZ). Termenul este introdus în tratatul lui BUMKE (1938) ; LANGE îl raportează strict la depresia endogenă, în care, „simptomatologia nu este dominată de simptomele psihice". Literatura germană va păstra mult timp acest termen legat de endogenitatea, respectiv cu psihoza maniaco-depresivă. În 1937, HEMPEL publică un articol despre „depresia cu distonie neurovegetativă", SCHICK descrie, în 1947, depresia somatică, iar LENKE, în 1949, vorbeşte de depresia de origine neurovegetativă. Perioada deceniilor 5—6 este deosebit de fertilă pentru lămurirea şi circumscrierea conceptului, lucrările lui K. GANS, KIELHOLZ, LOPEZ IBOR oferind o serie de argumente clinice şi teoretice în acest sens. În 1969 WALCHER dedică „depresiei larvate", termen echivalent cu depresia mascată, o monografie, iar în 1973, la St. Moritz se desfăşoară, sub conducerea lui KIELHOLZ un simpozion internaţional de mare răsunet pe această temă. În momentul de faţă este acceptată de majoritatea autorilor ideea că depresia mascată nu este un diagnostic etiologic sau clinic, ci un mod specific de concentrare a simptomatologiei către sfera somatică. Tabloul clinic nu variază în raport cu intensitatea depresiei (nevrotică sau psihotică) sau cu vîrsta (poate fi întîlnit atît la copil cît şi la bătrîni — HASSAN, PICHOT). Orientarea către diagnosticul de depresie mascată în faţa unui tablou simptomatic somatic se face în raport cu următoarele criterii :

- disproporţia între intensitatea simptomelor şi răsunetul lor asupra activităţii ;
- pesimismul manifestat ca o scădere a pragului de toleranţă ;
- manifestarea ciclică a simptomatologiei ;
- predominanţa matinală a acceselor.

LINDBERG descrie ca semne de o precocitate maximă oboseala, durerile difuze în muşchi şi în torace, cefaleea. KREITMAN, LESSE, BIGERTI, DE FONESCA, LINDBERG au studiat în mod deosebit personalitatea subiecţilor cu depresii mascate, subliniind trăsăturile obsesionale şi hipocondriace, precum şi existenţa unui nivel mai crescut de anxietate. LOPEZ IBOR insistă pe punerea în evidenţă a simptomelor depresive propriu-zise a antecedentelor familiale şi ereditare. ANGST subliniază că simptomele universal întîlnite în depresie sînt simptomele somatice, tulburările de apetit şi libido, de potenţă sexuală — adică „tulburările depresive vitale ale sensibilităţii interne". Camuflarea fenomenului depresiv în torentul simptomelor corporale măreşte riscul unui suicid (KIELHOLZ), care nu poate fi „anticipat" cu nimic de către neuropsihiatru. Din cortegiul impresionant de simptome somatice pot fi notate : tulburările de somn, scăderea apetitului alimentar, tulburări digestive, senzaţia de frig permanent, vertij, dureri pseudoanginoase, sufocări, tulburări menstruale. Diagnosticul fenomenologic al depresiei trebuie să cuprinsă, după FREYHAN, următoarele simptome ţintă : tristeţe, senzaţia de apăsare, mohoreală ; anxietate, agitaţie anxioasă ; pierderea elanului vital, apatie — la care adăugarea simptomelor somatice, a distoniei neurovegetative şi a tulburărilor funcţionale conduce către diagnosticul de depresie mascată. Nu ne facem partizanii acestui punct de vedere, subliniind că depresia mascată trebuie să rămînă un memento diagnostic care să ofere şansa unui tratament adecvat — cel antidepresiv, în circumstanţe care ar părea cu totul hazardate la o analiză superficială. Fără a fi o noutate,

vechea „depressie sine depressione" a autorilor clasici a devenit o circumstanță de intervenție terapeutică de cea mai mare valoare.

208. **DEPRESIE NEVROTICĂ** ● Delimitarea nosologică precisă a depresiei nevrotice s-a făcut cu dificultate, datorită atît cadrului nebulos al nevrozelor în general, cît și lipsei de constanță în stabilirea unei intensități acceptabile. Primele încercări au fost făcute de A. MAYER, care vorbește în 1908 de nevroza depresivă, pentru care STRANSKI propune o etiopatogenie endocrină ; LANGE a introdus în această categorie, folosind criteriul excluderii, tot ceea ce nu includea semne de endogenitate. Caracterul reacțional al acestei depresii va fi notat de GILLESPIE, iar un an mai tîrziu BUZZARD va folosi termenul de „nevroză" (1930). Selectînd o serie de criterii pentru definirea nevrozei (succesiunea după un eveniment stresant, personalitate premorbidă particular structurată, existența unor conflicte inconștiente, capacitate de adaptare socială redusă, intensitate nonpsihotică și absența simptomelor de endogenitate), o serie de autori ca KLERMAN, ENDICOTT, SPITZER, HIRSCHFELDT, PICHOT, nu au putut găsi o unitate de opinii decît la circa 1/4 din psihiatrii consultați asupra acestui diagnostic. După GUELFI, BOYER și PULL, în cadrul depresiei nevrotice cei mai mulți psihiatri folosesc „combinații personale de criterii". H. EY arată că depresia nevrotică este „o deturnare a dispoziției către tristețe, care se derulează lent, pornind de la o structură de personalitate cu tendința de a elabora evenimente după propriile modalități depresive. Acești subiecți par să-și manipuleze și să-și utilizeze propria boală, care ar apărea legată de un plan preconceput, ca o politică". DSM III încadrează tulburările nevrotice depresive în categoria distimiilor, stabilind îndeosebi criterii negative : intensitatea insuficientă pentru un episod depresiv major, durata mai redusă decît o lună, absența elementelor psihotice. Criteriile psihopatologice adaugă depresiei cel puțin trei din următoarele simptome :

- insomnie sau hipersomnie ;
- nivel energetic scăzut sau fatigabilitate cronică ;
- sentimente de autodepreciere, de pierdere a stimei de sine ;
- scădere a productivității muncii ;
- hipoprosexie ;
- izolare socială ;
- pierderea interesului pentru activități plăcute ;
- iritabilitate crescută, excesivă ;
- incapacitate de a se bucura de laude sau recompense ;
- diminuarea debitului verbal și a nivelului de activitate ;
- atitudine pesimistă față de viitor și ruminații asupra trecutului ;
- idei recurente de sinucidere ;
- plîns facil.

Depresia nevrotică poate fi orientată după următorul trepied diagnostic : dispoziția depresivă, scăderea activității și lentoare psihică, la care se adaugă acuzele subiective somatice și anxietatea. Dorința de vindecare, conștiința unei suferințe neplăcute și cererea de ajutor medical disting suficient de clar această simptomatologie de alte tulburări depresive. Circumstanțele nosologice în care se întîlnește depresia nevrotică sînt : reacțiile, neurastenia, nevroza depresivă, decompensările nevrotice ale unor personalități particular structurate (psihastenice, isterice, distimice), stări de epuizare. KIELHOLZ a încercat s-o identifice cu DEPRESIA DE EPUIZARE →.

209. **DEPRESIE „UMEDĂ"** ● Termen folosit de BERNER și KATSCHING pentru a descrie depresiile în care subiecții se scoală în timpul nopții cu transpirații profuze sau în care tulburările digestive ce le însoțesc alternează între constipație și diaree. Aceste depresii umede sînt, de fapt, forme de trecere între o stare mixtă și o depresie tipică, demonstrînd (JANZARIK) instabilitatea dinamică de origine neurovegetativă.

210. **DEPRESIV[(D)]** delir $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MELANCOLIC[(D)] delir.

211. **DEPRESIVĂ** — nevroză (fr. *dépressive*) ● Afecțiune psihogenă, caracterizată prin prezența dominantă în tabloul clinic a simptomelor care exprimă depresia, fără a atinge însă, ca intensitate, nivelul psihotic. Entitatea nevrotică (ce suscită și astăzi controverse pe plan nosologic) ar corespunde „depresiei de epuizare", descrisă de KIELHOLZ, și „tulburării distimice" din DSM III. Legat de evoluția conceptului de „epuizare", cu mecanismele sale psihopatologice și somatice, termenul ca atare este introdus de A. MAYER (1908), foarte curînd după aceasta apărînd și ipotezele patogenice (STRANSKI propune o teorie endocrină). Din perspectivă psihanalitică, HECKER și FREUD izolează reacțiile depresive nevrotice și nevrozele anxioase. LANGE este cel care definește reacția depre-

Scanned with OKEN Scanner

sivă propriu-zisă (1926) ; în SUA abia după 1945 „reacția nevrotică depresivă" este concepută ca echivalent pentru neurastenia depresivă europeană. În 1955, STAEHELIN include depresia de epuizare în cadrul bolilor „de alarmă", în cadrul cărora consideră și depresiile simptomatice. În concepția lui KIELHOLZ, baza nevrotică a depresiei de epuizare este extrem de divers reprezentată, ajungînd pînă la nivelul maxim al unei dezvoltări depresive. În lucrările sale ulterioare, alături de HOLE (1969), autorul vorbește de o depresie nevrotică cu mecanism de epuizare. WEITBRECHT (1959) precizează că nu este vorba de o epuizare fizică, somatică, ci mai curînd de o epuizare a componentei afective a personalității, prin persistența unor trăiri depresive, criticînd simplismul unor explicații etiopatogenice. BRÄUTIGAM (1968) definește „epuizarea nervoasă cronică" drept o veritabilă neurastenie.

Concepțiile actuale privind nevroza depresivă implică un context plurifactorial (factori biochimici — constînd în modificări de serotonină, dopamină ; factori constituționali ; factori generali psihologici — dezvoltarea personalității, evenimente psihotraumatizante sau conflicte intrapsihice, stressul), care concură la apariția sindromului neurastenic, cu predominanța depresiei în tabloul clinic.

Estimările epidemiologice rămîn aproximative, din cauza deosebirilor existente în clasificarea tulburărilor respective, deși nevroza depresivă tinde să înlocuiască din ce în ce mai mult formele clasice de neurastenie și isterie.

În lumina ultimelor orientări diagnostice, afirmarea nevrozei depresive se poate face în prezența următoarelor elemente :

- prezența unui sindrom nevrotic depresiv persistent (cîteva zile pînă la cîteva săptămîni) sau intercalat cu perioade normale ale dispoziției ;
- în timpul perioadelor de manifestare, severitatea și durata simptomelor de tip depresiv sînt insuficiente pentru a întruni criteriile unui episod depresiv major (endogen) ;
- sindromul depresiv se manifestă printr-o dispoziție depresivă marcată, dominant vesperală (tristețe, posomoreală, plictiseală, oboseală etc.) și prin pierderea sentimentului plăcerii, însoțite de unul sau mai multe din următoarele simptome : insomnie sau hipersomnie, energie scăzută sau oboseală cronică, sentimentul de imperfecțiune și autodepreciere, scăderea eficienței profesionale, scăderea atenției, tendința la izolare socială, instabilitate sau irascibilitate ;
- prezența acuzelor subiective somatice diverse, mobile, al căror substrat organic este infirmat prin explorări paraclinice corespunzătoare : poliartralgii moderate, diminuarea apetitului pînă la inapetență, dureri abdominale nesistematizate, constipație, scădere ponderală, tulburări cardiovasculare și respiratorii cu caracter funcțional, parestezii, hiperestezie cutanată, hiperestezie vizuală și auditivă, fotofobie, fotoame, acufene, hipoestezie gustativă și olfactivă, vertij, cefalee rezistentă la antialgice obișnuite, tremurături, fibrilații musculare, crampe, pareze temporare, tulburări de dinamică sexuală.

Diagnosticul diferențial se poate realiza în raport cu :

- restul nevrozelor, prin prezența elementelor definitorii specifice fiecărei forme în parte și absența sau intensitatea redusă a depresiei ;
- reacții patologice, prin legătura nemijlocită cu evenimentul și reducerea intensității în timp ;
- decompensări de intensitate nevrotică și componenta depresivă la personalitățile dizarmonice, prin criteriile dizarmoniei în structurarea personalității ;
- psihoze (disociative, depresive, involutive, de maternitate), prin prezența elementelor definitorii ale schizofreniei, episodului depresiv din psihoza maniaco-depresivă, melancoliei de involuție, psihozelor postpartum și, în primul rînd, prin caracterul endogen al depresiei ;
- afecțiuni psihice de etiologie toxică (toxicomanii, prin evidențierea ingestiei și/sau impregnării și prezența fenomenelor de abstinență) sau infecțioasă — paralizia generală progresivă (debut — forma depresivă), prin prezența semnelor neurologice și serologice specifice ;
- tulburări psihice cu componentă depresivă din bolile organice și neurologice, prin evidențierea semnelor neurologice și a sindromului umoral specific fiecărei entități în parte ;
- tulburări psihice cu componentă depresivă din bolile organice generale (debut și fază terminală) : boli infecțioase, endocrine, metabolice etc., prin simptome caracteristice și examene paraclinice specifice.

Evoluția afecțiunii este similară cu cea a altor forme de nevroze, fiind predominant

favorabilă, deși sînt autori care apreciază potențialul de cronicizare la 1/4—1/5 din cazuri. Terapia este orientată atît către produsele chimice de sinteză (antidepresive, sedative, neuroleptice, nooanaleptice, insulină în doze fracționate), cît și către psihoterapie și cura sanatorială de consolidare.

212. **DEPRESS**(M) Japonia — DCI **Imipramină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino) propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă ; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

213. **DEPRESSIN**(M) Franța — DCI **Propizepină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 6,11-dihidro-6-/2-(dimetilamino)-2-metiletil/-5H-pirido/2,3-b//1,5/benzodiazepin-5-onă, cu efecte sedative, pe lingă cele antidepresive ; are o bună toleranță.

214. **DEPRESYM**(M) SUA — DCI **Dosulepin** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzotiepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/tiepin-$\Delta^{11(6H)}$, γ—propilamină, cu acțiune antidepresiv-timoleptică moderată, dublată de calități anxiolitice ; efecte secundare moderate.

215. **DEPREX**(M) Canada — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptană-Δ^{5}, γ — propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

216. **DEPREXAN**(M) Israel — DCI *Desipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-/3-(metilamino)propil/-5H-dibenz/b,f/azepină, metabolitul activ al imipraminei, cu aceeași acțiune și indicații, dar cu efect mai rapid cu 2—5 zile. Are contraindicațiile timolepticelor. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

217. **DEPRINDERE** (cf. lat. *deprehendere* „a prinde, a descoperi") — sin. OBIȘNUINȚA ● Servomecanism al conduitei, cu rol facilitator și econmic în dinamica sistemului psihic uman, desemnat și prin termenul de obișnuință (sinonim utilizat mai mult în vorbirea curentă). Reprezintă o modalitate instrumentală și automatizată a activității, caracterizată prin desfășurarea acesteia în absența sau prin reducerea intervenției conștiente și voluntare a individului. Deprinderile se formează prin exersare repetitivă, realizată — după A. LEONTIEV și P. GALPERIN — prin interiorizarea și automatizarea secvențială a acțiunilor, bazîndu-se pe un stereotip dinamic care le asigură caracterul de invarianți funcționali în structura activității pe care o deservesc. Cu cit o activitate psihică este mai evoluată și mai complexă, cu atit este mai mult mediată instrumental la nivelul gîndirii, cel puțin 90% din componentele activității fiind, după W. JAMES, habituale. La nivelul personalității, deprinderile se ierarhizează pe nivele de generalitate crescîndă, intrînd gradat în compoziția conduitelor (senzoriale, motorii, afective sau intelectuale) și condiționînd astfel progresele adaptării. Studiul științific al deprinderii se leagă de celebra lucrare a lui P. JANET „Automatismul psihologic" (1894). Mai tîrziu, studiul neurofiziologic al stereotipului dinamic a relevat rolul aferentației inverse și al celui de-al doilea sistem de semnalizare în formarea, întărirea și controlul deprinderilor (M. I. VINOGRADOV, B. F. LOMOV, A. O. PUNI, V. P. ZINCENKO, I. V. TERESKINA ș.a.). Dat fiind gradul diferit de generalizare, mai ales al deprinderilor vechi în raport cu cele noi, între diferite tipuri de deprinderi se stabilesc raporturi de concordanță sau de concurență, relații pozitive de transfer și negative de interferență, amplu studiate printre alții de OSGOOD, RAY, OLERON, HAMILTON. Fenomenul transferului se referă la asimilarea de către noua deprindere a elementelor similare dintr-o deprindere formată anterior, ceea ce facilitează însușirea rapidă a noi deprinderi și formarea de abilități. Interferența (posibilă sub două forme : asociativă și reproductivă) desemnează efectul perturbant prin care elemente din vechile deprinderi inhibă sau contaminează proactiv elaborarea corectă a noii deprinderi. În condițiile confruntării a două activități complexe dar asemănătoare, transferul și interferența se produc concomitent. Interferențele cele mai mari se produc între activități radical opuse. Deprinderea se deosebește de automatismul nativ prin intervenția conștiinței și voinței — cel puțin în faza de elaborare sau în condițiile critice, de obstacol problematic — sens în care ea poate fi calificată drept act postvoluntar. Totodată, se

diferențiază de pricepere, care reprezintă capacitatea optimală de folosire a deprinderii.

Deprinderile pot fi clasificate după forma de activitate (deprinderi de muncă, deprinderea de învățare, deprinderi artistice, tehnice etc.) sau după procesele psihice dominante în care sînt antrenate (deprinderi perceptive, deprinderi motorii, intelectuale, afective). Deși considerate drept componente structural-funcționale stabile ale conduitei, rigiditatea deprinderilor este relativă, datorită fenomenelor transferențiale care au loc și asocierii lor cu cunoștințe și abilități corespunzătoare, care conduc la măiestrie, aptitudini și talent.

Deprinderile, cel puțin cele care sînt implicate în activitățile de satisfacere a trebuințelor fundamentale, sînt cel mai puțin afectate de patologia psihică a vîrstelor înaintate, comparativ cu celelalte procese sau funcții psihice. Din acest punct de vedere, alterarea deprinderilor profesionale sau de învățare este inegală în plan interindividual, circumscriindu-se procesului mai larg al senescenței normale sau patologice. Pentru psihiatru, cunoașterea arsenalului deprinderilor unui subiect prezintă importanță atît sub aspect profilactic, cît și curativ, psihoterapeutic. Psihoterapiile comportamentale urmăresc tocmai modificarea conduitelor neadecvate, prin eliminarea deprinderilor greșite sau stinjenitoare adaptării → ABILITATE ; AUTOMATIZARE.

218. **DEPRINOL**[M] Danemarca ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic → ANTIDEPRIN[M] România.

219. **DEPRIVARE SENZORIALĂ** (engl. *sensory deprivation*) ● Situație clinică sau experimentală în care subiectul este în afara posibilității de a mai primi un aport senzorial normal, pe una sau mai multe căi perceptive. Circumstanțele clinice în care se notează deprivarea senzorială sînt legate de apariția unor afecțiuni ale analizatorilor (sindromul eșarfei din oftalmologie, apariția unor surdități dobîndite posttraumatic, infecțios, chirurgical) sau prin imobilizare completă (afecțiuni ortopedice, asistarea respiratorie din poliomielită — sindromul „plămînului de oțel"). Unele situații de excepție profesională creează condiții de deprivare senzorială : exploratori polari, speologi, cosmonauți cu activitate îndelungată în spațiul extraterestru, navigatori solitari. Circumstanțele experimentale ale deprivării senzoriale s-au realizat fie pe calea diminuării maxime a nivelului stimulării senzoriale, fie prin stimulare monotonă sau difuză (BEXTON, HERON, CILLY, SHIRLEY, LUDWIG, AJURIAGUERRA, Mc. GILL). Toate aceste situații duc la apariția unei producții senzoriale, care afectează una sau mai multe căi perceptuale. Această

Anita Siegel

producție, deși asemănătoare halucinațiilor, nu poate fi asimilată acestora, lipsa de convingere a subiectului, ca și corectarea prin critică, nefiind trăsături care caracterizează în mod obișnuit halucinațiile din clinica psihiatrică.

Deși această cale a părut la un moment dat fertilă în explicarea fiziopatologiei fenomenului halucinator, ea s-a dovedit incompletă. Totuși, trebuie remarcat, împreună cu H. EY, că ea aduce un argument deosebit de valoros pentru teza care susține că halucinația este efectul dezorganizării cîmpului perceptiv, apărînd, în sens jacksonian, ca un fenomen negativ.

220. **DEPRIVARE DE SOMN** (engl. *sleep deprivation*) ● Metodă terapeutică, utilizată mai ales în depresii. Deși studii sau comunicări întîmplătoare există de multă vreme, ideea folosirii deprivării de somn ca metodă terapeutică s-a materializat numai după 1965. Ipoteza de lucru de la care s-a pornit s-a bazat pe observații privitoare la faza REM de somn (cu mișcări rapide ale globilor oculari) : electroterapia reduce somnul REM, triciclicele și IMAO suprimă REM, animalele lipsite de REM

Scanned with OKEN Scanner

își sporesc activitatea motorie și sexuală și se hrănesc mai intens; reserpina, medicament care crește rata de somn REM, poate provoca depresie. Mai multe cercetări recente arată că acțiunea antidepresivelor este efectivă numai atunci cînd somnul REM s-a redus sub o zecime din nivelul său inițial (VOGEL). Modul de acțiune al deprivării de somn nu este încă elucidat; ipotezele lui JOUVET, SHOPSIN, SHAW, GARFINKEL se grupează în jurul serotoninei și a metaboliților acesteia, implicînd și acțiunea sistemelor colinergice și noradrenergice. Deprivarea de somn la depresivi a condus la elaborarea ipotezei existenței mai multor tipuri de depresie, cu substrat biochimic diferit și deci cu răspuns terapeutic diferit. Pentru acestea pledează și argumentul că depresiile insensibile la triciclice sînt rezistente și la deprivarea de somn. Mai mult, modul diferit de reacție al persoanelor extroverte sănătoase, care au fost supuse experimental deprivării, față de persoanele introverte, mult mai puțin afectate de către aceasta, vorbește despre conexiunile multiple dintre ritmul somnului și tipurile de depresie. Deprivarea de somn rămîne o ipoteză terapeutică de studiat care nu este și nu poate fi încă valorificată deplin în tratamentul obișnuit. Ea poate fi totuși încercată în unele cazuri rebele la terapiile curente. Folosirea selectivă a deprivării de somn REM sporește considerabil șansele de reușită.

221. **DEPROL(MC)** SUA ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate care se complementează. Este un compus din:

- BENACTYZINA(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic;
- MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic. Are acțiune anxiolitic-sedativă.

222. **DEPTRAN(M)** Belgia — DCI *Bromazepam*. ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepină-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valențe antidepresive. Atenție la administrarea la vîrstnici și conducători auto.

223. **DERALIN(M)** Israel — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(izopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL(M).

224. **DERCUM(B) boală** — sin. ADIPOZĂ DUREROASĂ; ANDERS(B) boală ● Boală cu o etiologie necunoscută, probabil endocrină, care apare mai frecvent la femei în perioada menopauzei, manifestată prin prezența unei lipomatoze localizată la zona gîtului, trunchiului și umerilor. Lipoamele sînt sensibile la palpare și dureroase spontan. Este însoțită de o serie de tulburări psihice, care au în prim plan astenia foarte pronunțată.

225. **DEREALĂ — gîndire** (*de-*; real: cf. lat. *realis*, de la res „lucru") ● Tulburare a dinamicii intelectuale, caracterizată prin ruperea contactului vital cu realitatea (PELICIER), lipsa deschiderii spre lume și a schimburilor cu aceasta. Subiectul se detașează și se îndepărtează de realitate, trăiește „*lîngă ceilalți dar fără aceștia*", departe de orice aspirație sau efort comun, ca și de orice preocupare. Deturnată de la realitatea lumii, gîndirea funcționează în gol, creează, cum spune MINKOWSKI, sisteme și teorii ermetice, a căror extravaganță este evidentă oricui, cu excepția subiectului în cauză. Producțiile grafice sînt adesea frecvente, ca expresie a acestor creații. Întîlnit în schizofrenie, acest tip de gîndire, cu formele sale de raționalism morbid și autism „bogat", este expresia unei disociații în ansamblul funcției gnozice.

226. **DEREALIZARE** (*de-*; fr. *réaliser*: cf. lat. *realis* de la *res*) ● Tulburare a conștiinței realității obiectuale, care apare extrem de rar ca fenomen izolat, făcînd de regulă parte din sindromul de depersonalizare. Termenul a fost introdus de MAPOTHER și MAYER-GROSS, pentru a defini sentimentul de stranietate a lumii exterioare în absența oricăror tulburări perceptive. Pierzînd „funcția realului" (P. JANET), subiectul se simte detașat, izolat de concretitudinea lumii, care-și pierde „familiaritatea", devenind pentru acesta un spațiu străin. Fără a putea fi definită cu precizie, această „alienare de la realitate" (MAYER-GROSS) poate îmbrăca nuanțe extrem de fine, cu forme de expresie foarte variate. De la forma minimă, în care lucrurile pot să pară false, artificiale, stranii, iar persoanele modificate, urîțite, îmbătrînite, lipsite de „aerul personal", în forma sa extremă de realizarea îi dă subiectului senzația unei retrageri complete din lumea reală, de „plutire fără înălțime" peste un deșert necunoscut.

Scanned with OKEN Scanner

În condiţiile modificării percepţiei subiective a timpului, apariţiei desincronizării de „ritmul lumii" (HECAEN, AJURIAGUERRA) şi incapacităţii „de a mai simţi curgerea timpului" (P. JANET), spaţiul îşi pierde şi el reperele obişnuite, subiectul avind impresia că este dezorientat (fără ca acest lucru să se confirme obiectiv — FOLLIN, AZOULAY).

Derealizarea este percepută de către subiect ca o modificare a vieţii sale psihice prin senzaţiile chinuitoare pe care le încearcă. Mulţi autori subliniază apartenenţa fenomenelor de tip „déjà vu" la cadrul general al derealizării, pentru că, aşa cum subliniază P. JANET, „bolnavul neagă mai mult caracterul prezent al fenomenului decit afirmarea existenţei lui anterioare".

Derealizarea este însoţită întotdeauna şi de alte fenomene, legate în special de diversele grade de modificare a conştiinţei. Este caracteristică în psihastenie, schizofrenie (în special hebefrenică), depresii majore, intoxicaţii cu mescalină (GUTTMAN, MACLAY). După unii autori, derealizarea apare în diverse grade în debutul oricărei psihoze.

MAYER-GROSS afirmă că în evoluţia schizofreniei orice bolnav trece cu necesitate printr-un stadiu de derealizare-depersonalizare, în cazuri rare aceasta putind rămine unica manifestare a unei stări defectuale. În stările de epuizare nervoasă pot apare fenomene de derealizare, care au însă un caracter pasager.

227. **DEREFLECŢIE** (cf. *de-* prefix negativ ; fr. *reflexion* v. şi a reflecta) ● Tehnică utilizată în logoterapie (FRANKL, 1967) ; constă în comutarea centrului atenţiei de la propria persoană la interese exterioare. Dacă pacientul reuşeşte să se exteriorizeze, implicindu-se în lumea exterioară, devine mai puţin anxios ; astfel simptomatologia se ameliorează.

228. **DERELICŢIUNE** (*de-* ; cf. lat. *relictio* „părăsire") ● Stare de abandon şi completă izolare, criză morală trăită ca însingurare şi neputinţă de împotrivire în faţa unui destin ameninţător şi implacabil. În filozofia existenţialistă a lui M. HEIDEGGER, derelicţiunea (Geworfenheit) capătă valoarea unei dimensiuni antropologice fundamentale, semnificind caracterul precar al condiţiei umane, sentimentul subiectului că este aruncat într-o lume indiferentă şi ostilă, străină de zbuciumul său sufletesc, în care se împletesc, într-o ordine golită de sens, contingente şi necesităţi echivalente. Sentimentul de derelicţiune reprezintă o situaţie limită, în care omul devine conştient de caracterul antinomic al fiinţei sale, libertatea de proiecţie a spiritului izbindu-se de obstacolele unei lumi preexistente, al cărei determinism nu rezervă individului decit un rol accidental, efemer. Ar putea constitui, în acest sens, punctul de plecare al unor psihogenii.

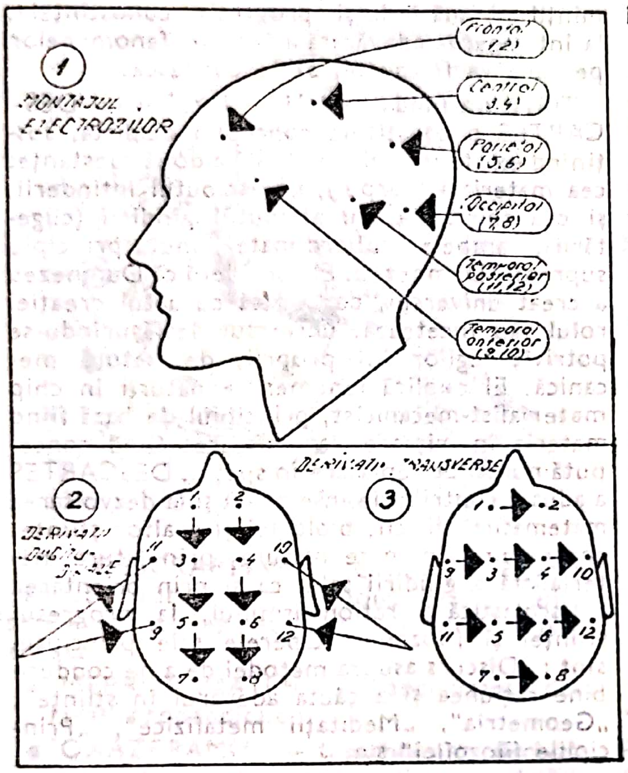
229. **DEREVICI Ipolit** (1897—1977) ● Psihiatru român, absolvent al Facultăţii de medicină din Iaşi, unde va funcţiona ca intern la clinica profesorului PARHON. Îşi susţine teza de absolvire cu tema „Contribuţiuni la studiul traumatismelor craniene, psihozelor şi nevrozelor traumatice", la Cluj. Din 1939 lucrează la Spitalul Socola, unde, supus unor permanente persecuţii politice, are domiciliu forţat. În timpul războiului a lucrat la Institutul Ganuskin din Moscova ; ulterior a revenit în ţară, unde a condus din 1948 pînă în 1953, Spitalul Gh. Marinescu, în care şi-a continuat activitatea ca şef de secţie pînă la pensionare (1969). A fost un promotor al activităţilor de ergoterapie, mai ales cu caracter agricol, ca şi a „deschiderii uşilor" spitalului psihiatric.

230. **DERFON(M)** Franţa — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acţiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine : noradrenalină şi dopamină), realizind un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central şi valenţe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicaţia majoră o constituie narcolepsia ; poate fi utilizat şi în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependenţă. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

231. **DERIVAŢIE — EEG** ● Traseu realizat în electroencefalografie de diferenţa de potenţial culeasă de doi electrozi. Numărul derivaţiilor utilizate variază în funcţie de scopul urmărit, de dimensiunile craniului subiectului, de capacitatea tehnică a aparaturii. Montajul electrozilor este standardizat şi, de regulă, se realizează derivaţii longitudinale şi trans-

Scanned with OKEN Scanner

verse. Metoda derivaţiilor permite stabilirea cu precizie a focarelor lezionale. În scopuri de cercetare, se pot realiza, în afara derivaţiilor standard, orice alt fel de derivaţii, în funcţie de plasarea electrozilor.



Derivaţii EEG

232. DERMATITĂ PELAGROIDĂ (cf. gr. *derma* „piele") $\xrightarrow{sin.}$ HARTNUP(B) boală.

233. DERMATOFOBIE(F) (cf. gr. *derma*; *phobos* „frică") — sin. DERMATOSIOFOBIE(F) • Teamă excesivă, patologică şi nemotivată, de atingere a pielii sau de apariţia unor leziuni ale acesteia, însoţită de modificări ale comportamentului, constînd din evitarea contactului nemijlocit cu obiectele nefamiliare din jur sau cu cele considerate ca posibili agenţi agresivi. Se întîlneşte în dezvoltări hipocondriace, nevroze obsesivo-fobice, schizofrenie şi la personalităţile psihastenice, uneori (rar) acompaniată de idei delirante hipocondriace.

234. DERMATOGLIFE (cf. gr. *derma*; *glyphe* „sculptare") • Suma imaginilor realizate de modul specific şi individual de orientare a crestelor dermice şi a pliurilor de flexie pe suprafaţa degetelor, palmelor şi plantelor unui individ. Constituindu-se ontogenetic foarte precoce (luna a treia a vieţii intrauterine) şi fiind foarte stabile (toată viaţa), ele au proprietatea de specificitate individuală (practic la numărul actual al populaţiei umane nu pot exista doi indivizi cu desene papilare identice). După ce a realizat o revoluţie în criminalistică, metoda dermatoglifelor şi-a găsit şi alte domenii de studiu, printre care cercetarea dermatoglifelor în anomaliile cromozomiale: trisomia 21 (CUMKINS, PENROSE); trisomia 13—15 şi trisomia 13 (UCHIDA, PENROSE); anomaliile gonosomilor: sindromul Klinefelter, sindromul Turner; dismetabolii de tipul fenilcetonuriei. PONS, SANK, MELLER ş.a. au cercetat amprentele bolnavilor schizofreni, iar TURAI, BROWN pe cele ale epilepticilor, fără a ajunge însă la concluzii unanim acceptate.

235. DERMATOM (cf. gr. *derma*) • Porţiune de tegument inervată de fibre senzitive, aparţinînd unei perechi omonime de rădăcini dorsale. Sensibilitatea superficială (tactilă, termică, dureroasă) de la nivelul tegumentelor este asigurată de exteroreceptori, care percep excitanţii şi îi transmit prin căile sensibilităţii la nivelul cortexului. De la nivelul receptorilor la primul neuron al căii sensibilităţii (din ganglionii rahidieni sau din ganglionii nervilor cranieni), informaţia circulă prin dendritele acestor neuroni. Axonii protoneuronilor senzitivi formează rădăcinile posterioare, similare cu rădăcinile senzitive ale nervilor cranieini, care se termină pe al doilea neuron senzitiv din bulb. Cunoaşterea dermatoamelor este esenţială în stabilirea diagnosticului de isterie (mai ales în formele sofisticate de parestezii ale acestora).

236. DERMATOOPTICĂ — sensibilitate (cf. gr. *derma*; *optikos* „referitor la vedere") • Tip particular de sensibilitate (sensibilitate fotodermică), constînd din perceperea luminii prin tegumente şi ţesuturi. Evidenţiată prin multiple experimente, este considerată o caracteristică generală a protoplasmei, fiind întîlnită în regnul animal şi vegetal. La om, existenţa unei asemenea sensibilităţi este foarte contestată. În 1920 s-au purtat discuţii asupra unui asemenea caz (Jules Romain), iar în URSS (1964) cercetările au confirmat posibilitatea unei „viziuni extraretiniene" umane. O şesime din subiecţii cercetaţi au dovedit că pot distinge negrul de alb prin pipăit, iar un caz (Rosa Kouleskova) chiar a recunoscut culorile cu vîrful degetelor.

237. DERMATOSIOFOBIE[F] $\xrightarrow{sin.}$ DERMATOFOBIE[F].

238. DERMATOZOIC[D] delir (cf. gr. *derma*; *zoon* „ființă vie") — sin. DELIR CU ECTOPARAZIȚI; EKBOM[D] delir ● Termen introdus de K. EKBOM (1938) pentru a defini o afecțiune specifică involuției. Subiecții acuză existența unui parazitism exogen, pe care caută să-l înlăture. Convingerea în existența paraziților este de nezdruncinat, iar delirul se rezumă la această tematică monotonă. FLECH constată, la rîndul său, caracterul ireversibil al acestui delir.

FAURE, BERCHTOLD și EBTINGER remarcă unitatea obiectului delirului (insecta, parazitul) cu corpul subiectului care devine astfel, de fapt, obiectul propriului delir. Deși frecvența delirului dermatozoic este mai crescută în psihozele de involuție, existența lui în alte entități ca schizofrenia (LOPEZ IBOR), leziunile frontale (ABBIATI), afecțiuni hipotalamice (KLAGES), tulburări senzoriale grave (AHLHEID), îl indică drept o entitate cu sferă de apariție mai largă.

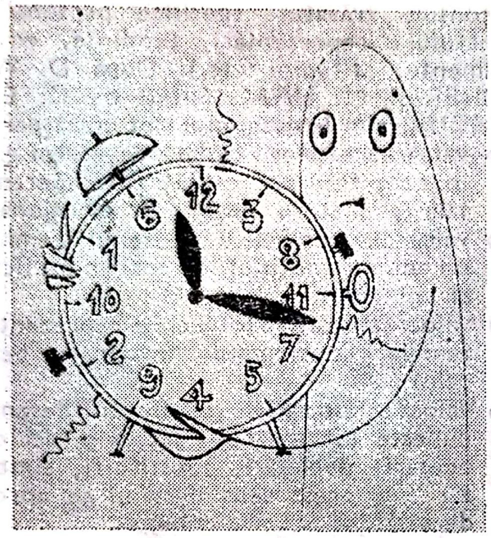
239. DESCARTES René (latinizat Renatus Cartesius (1596—1650) ● Filozof și savant francez, se numără printre întemeietorii filozofiei moderne; a fost unul dintre reprezentanții de seamă ai raționalismului, acordînd prioritate rațiunii, deținătoarea "ideilor înnăscute". Rațiunea, în concepția lui, este dată în mod egal oamenilor, dar nu toți o folosesc în mod corect, datorită lipsei unei metode potrivite. Pentru DESCARTES, criteriul adevărului se află în rațiune însăși, în evidența, claritatea și distincția cunoștințelor noastre. În filozofia sa, el pornește de la „îndoiala metodică". Potrivit acesteia, orice procese ale cunoașterii trebuie puse sub semnul unor îndoieli succesive, menite să conducă la elaborarea unor cunoștințe cît mai sigure și cît mai clare. În această perspectivă, DESCARTES consideră că unicul fapt sigur, care nu poate fi pus sub semnul îndoielii și care poate fi punctul de plecare al oricărei filozofii și al oricărei cunoașteri, este constatarea: „mă îndoiesc, deci cuget; cuget, deci exist" („Dubito ergo cogito; cogito ergo sum"). Îndoiala carteziană nu este sceptică, ci metodologică; ea vizează un fundament absolut sigur al cunoașterii. La baza metodei sale de cunoaștere DESCARTES a pus deducția, care trebuie să pornească de la adevăruri clare și distincte, cunoscute nemijlocit de rațiune. El a recunoscut totuși și valoarea cunoașterii experimentale. DESCARTES a formulat și conceptul modern de metodă: un ansamblu de reguli sigure și ușoare, grație cărora cine le va aplica cu exactitate nu va lua niciodată ceva fals drept adevărat și va ajunge, cruțîndu-și puterile minții și mărindu-și progresiv cunoștințele, la înțelegerea adevărată a tuturor fenomenelor pe care va fi capabil să le cunoască.

Trăsătura fundamentală a filozofiei lui DESCARTES o constituie concepția dualistă, susținînd existența independentă a două substanțe: cea materială (corpul), cu atributul întinderii, și cea spirituală, cu atributul gîndirii (cugetării), ambele subordonate unui principiu suprem — Dumnezeu. El consideră că Dumnezeu a creat universul, dar odată cu actul creației rolul său încetează, universul desfășurîndu-se potrivit legilor lui proprii, de natură mecanică. El explică fenomenele naturii în chip materialist-mecanicist, principiul de bază fiind materia în mișcare, iar mișcarea fiind concepută numai ca deplasare în spațiu. DESCARTES a adus o contribuție însemnată și la dezvoltarea matematicii, fizicii, biologiei și a altor științe, contribuind în mare măsură, prin latura materialistă a gîndirii sale, ca și prin orientarea antiscolastică a raționalismului, la progresul științei și filozofiei. Operele sale principale sînt: „Discurs asupra metodei de a ne conduce bine rațiunea și a căuta adevărul în științe", „Geometria", „Meditații metafizice", „Principiile filozofiei" ș.a.

240. DESCOPERIRE[D] delir (cf. lat. *discoperire*) ● Delir de invenție, avînd drept particularitate orientarea „*inventatorului*" către domenii în care progresele în vederea găsirii unor soluții sînt foarte mici sau imposibile. Dintre acestea mai frecvent apar: cuadratura cercului, perpetuum mobile, fuziunea nucleară, vindecarea cancerului. Deliranții — uneori persoane cu un anumit grad de cultură profesională în domeniul respectiv — își expun invențiile ignorînd unele erori grosolane de demonstrație sau experiență. Uneori este nevoie de intervenția unor comisii de specialiști pentru evidențierea unor erori mai subtile sau pentru a liniști opinia publică, antrenată și ea într-un veritabil „delir colectiv" la „*descoperirile*" inventatorului, care va deveni rapid un persecutat. Prin insolitul tematicii, acest delir paranoiac face o notă aparte în cadrul mai larg al delirurilor de invenție. În ciuda unor opinii contrare, aceste deliruri nu devin, odată cu progresul tehnico-

Scanned with OKEN Scanner

ştiinţific, descoperiri reale, ele reflectînd nu sclipirea geniului, ci izbucnirea unor afecte refulate sau o ignoranţă totală, conjugată cu ambiţii nemăsurate — acel veşnic conflict dintre dorinţă şi putinţă.



241. **DESCRAPTIN**(MC) Grecia ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu aceeaşi acţiune, care se complementează :

- ● MEPROBAMAT(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- ● OXAZEPAM(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Are acţiune sedativ-anxiolitică, miorelaxantă.

242. **DESCRIERE** (cf. fr. *décrire*) ● Modalitate de reproducere prin mijloace verbale sau prin alte mijloace a unei realităţi, tinzînd spre o prezentare cît mai completă, concretă şi sugestivă, utilizînd detalii şi particularităţi care o fac extensivă (spre deosebire de definiţie sau caracterizare). Descrierea reflectă spiritul de observaţie al individului, capacitatea sa de evocare şi flexibilitatea lui lingvistică. Descrierea fenomenologică — metodă a filozofiei cu acelaşi nume (BRETANO, HUSSERL, SPRANGER) — optează pentru intuiţia cognitivă şi renunţarea la demonstraţia logico-deductivă, întrucît manifestările spirituale şi experienţa subiectivă pot fi explicate numai prin consideraţii directe, prin descrieri ce reduc treptat fenomenele la structura lor esenţială.

Fenomenologic, reflecţia filozofică este subordonată introspecţiei (HUSSERL), intenţionalitatea subiectivă fiind o trăsătură distinctivă a conştiinţei şi gîndirii. Numai printr-o contemplare „eidetică" s-ar putea ajunge la surprinderea esenţei (eidos). H. EY sublinia că, deşi încărcată de subiectivism, descrierea fenomenologică a dus la prezentarea unor fapte concrete, deschizînd calea psihologiei fenomenologice (a cărei valoare este încă relativă).

Ca fapt clinic, descrierea sau, mai bine zis, modul în care descrierea unor evenimente personale sau extrapersonale este făcută de către subiect, prezintă o importanţă deosebită. Nevroticul descrie în mod amănunţit (de multe ori cu nuanţe patetice), expresiv şi extensiv, evenimentele sau evenimentul care l-au adus într-o situaţie considerată de el ca fiind de nedepăşit, subliniind eforturile lui pentru a traversa această situaţie, fapt care îi este însă *„peste puteri"*. Deşi descrierea se vrea convingătoare (nevroticul este de bună credinţă, el nu exagerează voit, ci simte exagerat), deşi sînt enumerate eforturile făcute de *„a nu ajunge aici"*, în spatele acestor afirmaţii, pentru ascultătorul obiectiv, apare atitudinea de abandaon — nevroticul complăcîndu-se în a-şi abandona problemele, în a le *„arunca"* spre rezolvare altora. Oricît de patetică şi dramatică ar fi descrierea pe care o face dezarmonicul isteric, oricît tragism ar răzbate din fazele sale, oricît ar încerca să convingă — nu numai prin vorbe, dar şi prin mimică, gestică, plîns — ascultătorul obiectiv nu poate fi convins, pentru că în spatele acestei atitudini de victimă se ascunde falsul, egoismul pe care personalitatea dizarmonică şi-l trădează, referindu-se numai la sine (pentru un astfel de subiect, care se decompensează din cauza îmbolnăvirii sau morţii unei persoane apropiate, adevărata victimă nu este cea bolnavă sau decedată, ci el, subiectul, care apare astfel ca o falsă *„victimă a victimei"* reale). Pe prim plan se situează nu suferinţa reală, a celui în cauză, ci efectul pe care această suferinţă îl are asupra personalităţii isterice, hiperimpresionabile şi cu prag de frustrare scăzut. Extrem de participativ în descriere, convingător, precis, concret, extensiv este dizarmonicul paranoiac. Pentru acesta, descrierea înseamnă fapte, date, cifre, referinţe, dovezi, argumente pe care le susţine sigur de sine, de dreptatea sa, convins că nu pot exista contraargumente, că *„logica"* sa este inexpugnabilă. Plină de jenă reală, de ezitări, este descrierea pe care personalitatea psihastenică o face fobiilor şi obsesiilor sale, de al căror caracter patologic este convins, după cum convins este că, deşi vrea, nu poate lupta cu ele. Descrierea acestei lupte cu sine este de un real dramatism, ea denotă suferinţa bolnavului, conştient că boala sa îl aruncă în afara normalităţii. Bolnavul schizofren de-

scrie faptele, evenimentele, propriile trăiri (uneori terifiante, pline de tenebre și mister) într-un mod detașat, denotînd lipsa ecoului afectiv, răceala, distanța imensă de la care privește faptele. Mimica, gestica, tonalitatea vocii, inflexiunile sînt în totală discordanță cu conținutul descrierii. Deși cu voce scăzută, cu puține nuanțări și date sărace furnizate despre sine sau despre evenimente aleatorii, descrierea depresivului este străbătută de autenticitatea suferinței, a durerii morale, a scăderii elanului vital. Exprimarea este laconică, deoarece pentru acest suferind totul este lipsit de sens, și atunci la ce bun să-și mai împărtășească suferința, convins fiind că nimeni și nimic nu-l poate ajuta.

243. DESENSIBILIZARE SISTEMATICĂ (cf. fr. *désensibiliser*) — sin. DECONDIȚIONARE PROGRESIVĂ ● Metodă psihoterapeutică de tip comportamental, bazată pe condiționarea clasică (de tip pavlovian), pe modelul inhibiției reciproce și pe teoria învățării, aplicabilă în anxietatea nevrotică ; a fost elaborată de J. WOLPE (1958), care a urmărit restabilirea unei relații normale între stimulii anxiogeni aplicați și relația de răspuns (acesta generînd anterior comportamente inadaptate). Metoda se bazează pe răspunsuri comportamentale antagoniste anxietății, obținute prin impactul progresiv al sugestiei terapeutului cu imaginea mintală anxiogenă : „dacă în prezența stimulilor generatori de anxietate se instalează un răspuns opus acestora, capabil de a o diminua sau de a o suprima, atunci legăturile care unesc stimulii cu anxietatea trebuie să slăbească" (WOLPE). Metoda constă în exerciții de relaxare musculară progresivă, după sistemul Jakobson (înlocuit prin relaxare autogenă Schultz), în varianta desensibilizării sistematice propusă de J. ROGNAND în 1960, și în ierarhizarea gradată a stimulilor evocatori de anxietate (prin apel la procedee imaginative), pînă cînd itemii anxiogeni prezentați subiectului nu mai antrenează anxietatea acestuia. În variantele mai recente, desensibilizarea sistematică este realizată individual sau în grup, utilizînd mijloace audio-vizuale (benzi de magnetofon, diapozitive) sau psihofarmacologice, pentru inducerea relaxării. Indicațiile metodei sînt largi : nevroza anxioasă, fobii (în special agorafobia), obsesii, disfuncții sexuale (fobie față de sexul opus, vaginism, dispareunie etc.), tulburări psihosomatice (astm), stări depresive, anxioase, reactive, toxicomanii.

244. DESEN (fr. *dessin* ; cf. lat. *designare* „a marca, a trasa, a reprezenta") ● Formă complexă de expresie plastică, în care se manifestă funcția simbolică a psihismului și care folosește activitatea grafică, picturală pentru reprezentarea unor obiecte, scene, situații. Desenul reprezintă o modalitate specială de exprimare a persoanei (modalitate psihologică ce conține trăsături specifice personalității subiectului : reprezentări, tendințe, emoții, sentimente, atitudini etc.). După D. WIDLOCHER și M. HAAG (citați de C. ENĂCHESCU), valorile desenului sînt următoarele :

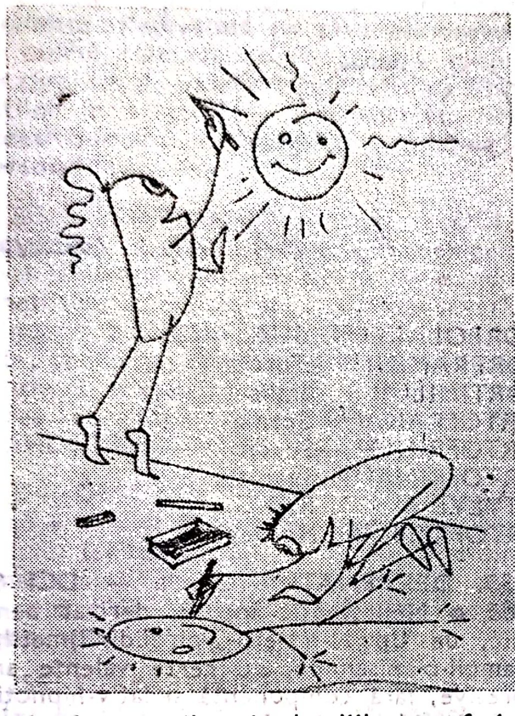
- valoarea expresivă (dată de gestul grafic în care transpar calitățile temperamentale și natura reacțiilor emoționale) ;
- valoarea proiectivă (desenul semnifică un anumit conținut intrapsihic particular al subiectului în cauză) ;
- valoarea narativă (obiectele reprezentate, temele, construcțiile imaginare personale) ;
- valoarea asociativă (conținutul desenului nu este întîmplător ; intervin aici condensări, deplasări, substituiri, simbolizări ; în acest sens desenul se apropie de vis).

În perspectivă psihologică și psihiatrică, desenul interesează ca una dintre activitățile care arată formarea și dezvoltarea personalității ; pe de altă parte, desenul evidențiază, în cazul bolilor psihice, fenomenele antrenate de procesul morbid, modificarea și destructurarea, parțială sau totală, a personalității. C. ENĂCHESCU prezintă (după LUDIET) fazele ontogenezei desenului :

- faza realismului fortuit (mîzgăleli a căror semnificație poate fi descoperită în cursul analizării lor) ;
- faza realismului neizbutit (incapacitate sintetică, nu există coordonare între elementele reprezentate) ;
- faza realismului intelectual (desenul redă însușirile modelului, dară fără o perspectivă vizuală clară) ;
- faza realismului vizual (desenul este coordonat, redă o perspectivă particulară, proporționată).

La copil, desenul merge în paralel cu etapele dezvoltării sale, urmînd achizițiile specifice limbajului (desenul însuși este un limbaj). De la mîzgălelile întîmplătoare, aproape fără semnificație, copilul ajunge la etapa realismului vizual, care presupune o capacitate de structurare a spațiului. Desenele infantile reflectă atît personalitatea copilului, cît și nivelul lui de dezvoltare intelectuală, ceea ce prezintă interes nu numai pentru cercetătorii din domeniul psihologiei copilului preșcolar și antepreșcolar, ci și pentru pedagogie

neuropsihiatrie infantilă şi pentru alte discipline înrudite cu psihologia. Descifrarea semnificaţiilor din desenele infantile, analiza şi interpretarea aspectelor formale şi de conţinut (dimensiunea desenului, amplasarea persona-



jelor, deformările şi detaliile, preferinţele cromatice ş.a.) impun desenul, la copil, ca instrument de bază în psihodiagnoză şi psihoterapie pediatrică. Concret, în practica pedopsihiatrică se utilizează o serie de teste de dezvoltare mintală şi productivă, bazate pe activitatea grafico-picturală a copilului. Dintre testele de evaluare a vîrstei mintale şi a funcţiilor cognitive care utilizează desenul, pot fi enumerate testul „omuleţului", elaborat de F. GOODENOUCH (1926) ; testul L. Bender de copiere a unor trasee ondulate, cu valoare diagnostică în psihoze şi stări de limită ; testul A. Rey de reproducere din memorie a unei imagini complexe ; probe de reproducere a unor figuri geometrice din bateria Binet-Simon (şi a variantelor ei) ; testul Fay de executare a unui desen după un consens. Testele de creativitate prin desen (de tip Torrance sau Selier) sînt folosite şi ca mijloc psihoterapeutic facilitînd catharsisul. „Desenul în oglindă", constînd în solicitarea reproducerii unei figuri văzute în oglindă, constituie o probă psihologică valoroasă pentru studierea învăţării motorii, în condiţii de modificare (inversare) a cîmpului perceptiv. Pentru studierea proceselor inconştiente şi a dinamicii lor, se utilizează desenul liber (se propune copilului să deseneze ce vrea el ; în acest sens, WIDLOCHER a realizat o interesantă analiză psihologică în lucrarea „Interpretarea desenelor copiilor") sau desenul cu temă, de tipul testului Koch (testul „Arbore"), testului Corman-Porot (testul „Familia"), cu varianta Borelli-Vincent (testul „Om-casă-pom") ş.a. Din arsenalul tehnicilor de psihoterapie infantilă, artterapia prin mijloace grafico-plastice, ocupă un loc important → ARTTERAPIE, CATHARSIS, CREATIVITATE.

Modificările desenului în sens simptomatic se referă la transformările expresiei grafice determinate de un proces mintal morbid (ele pot fi psihopatologice sau neuropsihopatologice, în cazuri de organicitate cerebrală). Aceste modificări reflectă dezorganizarea unor funcţii şi procese psihice (percepţia imaginii, recunoaşterea şi înţelegerea imaginii, formarea reprezentării şi a imaginii mintale) realizarea expresiei grafice propriu-zise fiin' semnificativă, în patologia psihiatrică şi neuropsihiatrică, atît pentru tulburarea nivelului instrumental (capacitatea instrumentală, praxică), cît şi pentru tulburarea nivelului simbolic (capacitatea simbolică)] → ARTA ŞI PSIHIATRIA.

245. DE SERPA(M) SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

246. DESERPINE(DCI) ● Derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 11-demetoxireserpine — metabolit oxidat al reserpinei, cu efecte anxiolitice mai bune şi mai rapide. Constituie principiul activ pentru doi produşi farmaceutici de tip neuroleptic sedativi :

HARMONYL(M)	Anglia, Belgia, SUA.
RAUNORMINE(M)	Japonia, SUA.

Efectele secundare sînt mai marcat hipotensoare decît ale reserpinelor.

247. DESHAIES-PELLIER(S) sindrom — sin. SINDROM SUBIECTIV AL ELECTROŞOCAŢILOR ● Sindrom care intervine după aplicarea unui tratament cu electroşocuri, constînd în acuze privind capacitatea de memorare şi dificultăţi de concentrare a atenţiei. Diferenţa semnificativă a frecvenţei apariţiei acestui sindrom la bolnavii care au cerut ei înşişi să recurgă la terapia electroconvulsivantă, faţă de cei care au primit-o

Scanned with OKEN Scanner

cu reticență și numai la insistențele medicului, arată net că nu este vorba de o determinare organică. De asemenea, sindromul subiectiv este mult mai frecvent la subiecții la care seismoterapia nu a dat rezultate pozitive (EBTINGER și WARTEL). Dificultățile care rezidă din tratarea acestui sindrom (mai ales în situația cînd el se adaugă la o afecțiune anterioară) recomandă o prudență suplimentară în alegerea electroșocului ca variantă terapeutică în anumite faze.

248. **DESIGN** (engl. *design* „intenție, scop") ● Mod de a concepe și încadra cercetarea științifică în domeniul cunoștințelor unei discipline. Se referă în primul rînd la strategia alegerii ipotezei de lucru, în funcție de existența sau inexistența unor studii asupra unei anumite probleme, de deficiențele lor, de necesitatea replicării în vederea verificării rezultatelor lor, din care va decurge metodologia cercetării.

Designul unui experiment clinic psihiatric (în general al oricărei cercetări) constă în considerarea sistematică a unei probleme, pentru găsirea modalității prin care abordarea ei experimentală poate conduce la mai buna ei cunoaștere (SURVILLO, 1980). Această abordare presupune mai multe etape: cercetarea, pe cît posibil exhaustivă, a literaturii existente despre acea problemă; formularea clară a ipotezei de lucru; definirea riguroasă a eșantionului (pe baza unor criterii de includere și excludere judicios alese); definirea operațională a variabilelor dependente și independente care trebuie să fie identificabile, cuantificabile și verificabile într-un studiu de replicare; alegerea eșantionului pe baza criteriilor acceptate; recoltarea datelor, analiza și discutarea lor; formularea concluziilor. După cum se poate observa, etapele specifice designului cercetării sînt doar primele două, următoarele identificîndu-se de fapt cu metodologia cercetării.

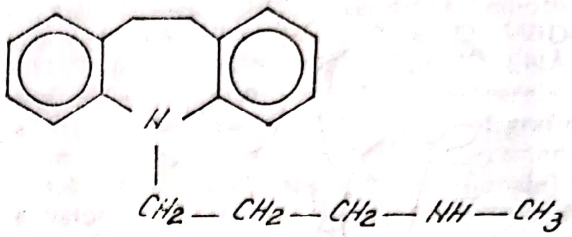
249. **DESIPRAMINE**(DCI) ● Derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-/3-(metilamino) propil/-5H-dibenz/b,f/azepină, metabolitul activ al IMIPRAMINEI, avînd aceeași acțiune și indicații, dar cu efect mai rapid cu 2—5 zile. Contraindicațiile sînt cele ale timolepticelor. Nu se administrează asociat cu IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici antidepresivi timoleptici:

Cel mai cunoscut este:

PERTROFAN(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, Japonia, Olanda, RFG, SUA.

Alți produși sînt:

DEPRAMINE(M)	Mexic
DEPREXAN(M)	Israel
IRENE(M)	Italia
NEBRIL(M)	Argentina



NORPOLAKE(M)	SUA
NORPRAMIN(M)	Turcia
NORTIMIL(M)	Italia
PERTOFRANA(M)	Spania
PERTOFRIN(M)	Suedia
PERTOFRINA(M)	Spania
PETYLYL(M)	R.D.G.
SERTOFREN(M)	Norvegia.

250. **DESMENAT**(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic, de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru doze mari, efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

251. **DESOBESI**(M) Brazilia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, de tip (+)-3-/(α-metilfenetil)amino/proprionitril, cu marcate valori anorexigene; utilizat în combaterea obezității, consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

252. **DESOMATIZARE** (cf. gr. *soma* „corp") ● Termen creat de KRAPP pentru a desemna o alterare a sentimentului de corporalitate (somatognozie), corespunzînd clinic unei hemisomatoagnozii bilaterale, fără a fi însoțită de o destructurare a Eului (fără dezaminare). Poate îmbrăca forma dismorfofobiei sau a

Scanned with OKEN Scanner

heautoscopiei. Nu se cunoaște sediul leziunii care ar putea genera acest sindrom. Desomatizarea ar semnifica deci dispariția conștiinței existenței întregului corp, fără dispariția concomitentă a sentimentului de individualitate și unitate a persoanei, fără sentimentul de irealitate. Reprezintă pe plan psihopatologic, în cadrul tulburărilor de schemă corporală, un sindrom de extremă gravitate, ce se poate întîlni în schizofrenie, melancolie, nevroză obsesivo-fobică, în epilepsia temporală și la personalități psihastenice.

253. **DESOPIMON**(M) Ungaria — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat, de tip p-clor-α, -dimetil fenetilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale, în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, precum și pentru combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

254. **DESOXO**(M) SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent, cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

255. **DESPĂRȚIRE**(S) **sindrom** ● Totalitatea simptomatologiei subiectiv-reactive care apare sau se exacerbează la un subiect în momentul anunțării sau perceperii externării, atunci cînd nu dorește acest lucru, nu datorită stării sănătății sale, ci din alte motive, în care poate fi inclus și cel al lipsei de securizare ; de obicei însă, teama de a pierde sau a diminua beneficiul secundar al bolii este cauza acestei manifestări, avînd o simptomatologie proprie fiecărui subiect. Termenul, propus de autorii acestei lucrări, trebuie diferențiat de ECOFOBIE/DICOFOBIE.

256. **DESTĂINUIRE** (cf. lat. *dis-* ; taină) ● Proces interrelațional prin care o persoană dezvăluie despre sine informații reale. Pentru ca destăinuirea să aibă loc, trebuie deci să existe cel puțin încă o persoană, care să asculte și să participe într-un fel sau altul la ceea ce i se spune. Destăinuirea poate fi voluntară sau involuntară. În destăinuirea voluntară, cel care furnizează informațiile o face în mod conștient și intenționat, căutînd să-și satisfacă o anumită trebuință (de apreciere, de compătimire etc.) sau să atenueze intensitatea unei trăiri afective, prin determinarea unui sentiment de solidaritate cu suferința sa în reacția celui care îl ascultă. Destăinuirea involuntară este prezentă în momentul în care presiunea unor stări afective cumulate duce la necesitatea descărcării lor. Limita de demarcație dintre destăinuirea voluntară și cea involuntară nu este fixă.

În cadrul relației psihoterapeutice, destăinuirea caracterizează anumite etape ale discursului subiectului, în funcție de evoluția relației și de personalitatea subiectului. Destăinuirea poate fi o fază a fenomenului de abreacție, în măsura în care este dublată de o tensiune afectivă puternică. În terapia psihanalitică, conștientizarea conflictului refulat facilitează verbalizarea acestuia, ceea ce ar echivala cu o destăinuire. În funcție de subiect și de relația transferențială, acestă destăinuire poate avea loc chiar în procesul conștientizării, poate fi amînată sau refuzată. În privința destăinuirii venite din partea psihoterapeutului, utilitatea ei nu este acceptată unanim. Însuși FREUD era ambiguu în această privință ; analiștii cu o conduită ortodoxă nu o acceptă, neutralitatea fiind socotită una din regulile lor de bază. Alți autori însă, reprezentanți ai unor școli terapeutice diferite de psihanaliză, consideră destăinuirea fie ca o aptitudine a psihoterapeutului de a fi spontan și a se simți liber în dezvăluirea despre sine a unor informații particulare, atunci cînd consideră că acest lucru este necesar, fie ca un fapt existent în cadrul relației terapeut-pacient. De cele mai multe ori, destăinuirea psihoterapeutului are un caracter instrumental. Ea poate modifica emoțiile subiectului și reacțiile sale, motiv pentru care trebuie atent manipulată și controlată, efectele sale fiind notate și evaluate.

257. **DESTIN** (fr. *destin* ; cf. lat. *destinare* „a fixa, a decide") — sin. FATALITATE ; SOARTĂ ● Forță inflexibilă care ar guverna evenimentele și existența individuală. Pentru antici, chiar zeii și alte ființe supranaturale erau supuse destinului. Problema existenței unei astfel de determinări a fost întotdeauna un punct de maximă atracție pentru spiritul uman, care nu i-a găsit însă un răspuns corespunzător. Astfel, noțiunea de destin a început să fie intim legată de irațional, magic, ocult, implicînd dezvoltarea unor practici cu pretenții de știință (chiromanția, astrologia), care încercau să aproximeze destinul pe baza unor presupuse determinări individuale congenitale sau extraindividuale.

Teoria probabilităților oferă posibilitatea anticipării cu o anumită probabilitate a evenimentelor, neputînd însă oferi *„previziuni certe"*, ceea ce a determinat din partea multor

necunoscători o reacție de neîncredere sau de respingere a valorii acesteia.

Sub influența unor concepte religioase, în cultura și filozofia europeană a persistat multă vreme o atitudine fatalistă față de destin, chiar și la începutul secolului al XX-lea. Un filozof de talia lui SCHOPENHAUER afirmă că „pornind de la naștere, cursul vieții umane este determinat pînă în cele mai mici detalii..." (1851). Ereditatea și, ulterior, genetica vor apropia ideea de destin de medicină, elaborînd conceptul de destin biologic, ca o sumă de variabile determinate ce întregesc personalitatea biologică.

Psihanaliza pune problema destinului ca fiind una din manifestările inconștientului, manifestări care, aparent, sînt percepute ca o fatalitate exterioară sau atribuite acesteia (→ NEVROZĂ DE DESTIN ; COMPULSIUNI DE REPETIȚIE). Afirmația lui FREUD că „nevroza este o parte din destinul persoanei" se referă la determinările inconștiente ale nevrozei, determinări pe care subiectul nu le cunoaște, el suportînd doar efectul acestora. JUNG va depăși limita considerațiilor teoretice, cerînd subiecților săi să-și facă horoscopul înainte de a fi analizați, iar SZONDI va elabora o teorie (dorită științifică) a destinului, cu scopul declarat de a arunca o punte de legătură între genetică și psihologia abisală — analiza destinului. În ambițioasa tentativă de a depăși domeniul constrîngerii, pentru a oferi individului posibilitatea alegerii cel puțin în cinci domenii (dragoste, prietenie, profesiune, boală și stilul de a muri), autorul a făcut o enormă construcție teoretică și pragmatică, al cărei destin este însă de a fi și astăzi foarte contestată.

O realizare de ultimă oră, în care se îmbină în mod misterios datele biografice cu multiplii comuni ai unor numere prime — curbele bioritmurilor — vine să ofere (inclusiv cu ajutorul calculatorului electronic) un nou placebo pentru anxietatea individului în fața a ceea ce se înțelege și se resimte a fi un destin propriu.

258. **DESTRUCTURARE** (cf. fr. *déstructurer* ; vezi lat. *structura*) ● Termen care traduce, în concepția teoriei organodinamice, modificarea organizării cîmpului conștiinței, datorată bolii mintale. Încercînd o viziune fenomenologică, prin care să depășească separările „asociaționiste" și „funcționaliste", bazată pe fapte clinice care demonstrează unitatea structurală a conștiinței, ordonată natural în nivele arhitectonice, H. EY nuanțează nivelele de destructurare, „de la nivelele ei inferioare — somnul și visul, pînă la cele superioare — psihoza maniaco-depresivă". La fiecare dintre aceste nivele este evidențiată „pierderea" registrului care permitea subiectului integrarea experienței sensibile a relațiilor lui cu lumea sa actuală. Astfel, în stările confuzionale se pierde capacitatea de a fi prezent în lume ; în experiențele halucinatorii din bufeele delirante și stările oneiroide — capacitatea de a ordona spațiul trăit al reprezentărilor ; în stările maniaco-depresive — posibilitatea de a-și modula atitudinile după exigențele și problemele prezentului real. Expunînd într-un model unitar patologia psihozelor acute, autorul subliniază că destructurarea nu este o caracteristică numai a acestora, ci poate fi întîlnită, într-o formă chiar mai accentuată, asociată unor tulburări durabile ale Eului, în psihozele cronice. Aceste „experiențe" trăite în cadrul destructurării conștiinței sînt considerate ca avînd un determinism legat de factorii eredo-genetici, în psihozele periodice, și de factorii toxici sau toxicoinfecțioși în episoadele delirante acute. Substratul organicității este demonstrat mai ales în epilepsie, „care este modelul acestei patologii a conștiinței". Un alt argument pentru susținerea acestei teorii este cel dat de eficacitatea terapiilor biologice, cu acțiune evidentă asupra substratului neurobiologic al disoluției.

259. **DESYPHED(M)** SUA ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat—sin.→ DESOXO(M) SUA.

260. **DESYREL(M)** SUA — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic cu structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorofenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

261. **DETARIL(M)** Italia — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent de tip α,α-difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

262. **DETECTOR DE MINCIUNI** (engl. *lies detector*) ● Ansamblu de aparate folosite pentru înregistrarea efectelor fiziologice (modificări de ritm cardiac și respirator, diminuarea rezistenței electrice a pielii, variații de potențial electrocerebral etc.) ale emoțiilor provocate de întrebările țintă, care vizează stabilirea credibilității unor relatări, răspunsuri sau afirmații ale subiectului. Această metodă de stabilire a adevărului, pe baza corelării verbale (la un interogatoriu sau la un experiment asociativ verbal) cu modificările vegetativ-motorii înregistrate grafic, rămîne im-

perfectă datorită particularităților psiho-individuale, deosebite de la o personalitate la alta. Astfel, unele răspunsuri paradoxale se pot explica prin situația artificială (de experiment) creată, prin folosirea unei aparaturi de înregistrare sofisticată sau prin rezerva și anxietatea individului în fața „interlocutorului—Tester" → ASOCIAȚIE DE IDEI ; CREDIBILITATE.

263. **DETENSOL**^(M) Canada — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

264. **DETENȚIE—psihoze** (cf. lat. *detentio*) ● Grup neomogen de reacții psihotice, descrise de A. DELBRÜCK (1853) și R. SOMMER (1884), generate de situația de arestare și detenție. În această grupă ar fi cuprinse, după acești autori, și psihozele endogene care debutează în împrejurări similare. Mai fac parte din această categorie sindromul Ganser, pseudodemența Wernicke, stupoarea reactivă, delirul de grațiere.

265. **DETERIORARE** (cf. fr. *détériorer* ; vezi lat. *deterior* „mai rău") ● Concept operațional desemnînd procesul de reducere progresivă a randamentului intelectual, consecutiv atît senescenței normale sau patologice, cît și evoluției unor afecțiuni psihice cronice (evoluție defectuală), caracterizat printr-un deficit dobîndit și ireversibil al diverselor componente ale inteligenței. Se poate vorbi de o deteriorare fiziologică (sau biologică), cu debut — conform cercetărilor recente — după vîrsta de 25—30 de ani, urmînd o curbă în permanent declin, motiv pentru care rezultatele psihometrice vor fi interpretate întotdeauna în funcție de vîrstă. Deteriorarea patologică este dată de diferența dintre performanțele psihometrice și deteriorarea fiziologică. Indicele de deteriorare mintală semnifică un raport între rezultatele obținute la testele aplicate și cele așteptate conform vîrstei, sau cele obținute cu ocazia unei testări anterioare. Indicele de deteriorare psihometrică este grevat de o serie de variabile care, după PERSE, ar putea fi sistematizate astfel : deteriorarea psihometrică cuprinde deteriorarea fiziologică și patologică ; deteriorarea patologică se împarte la rîndul ei în deteriorare funcțională și organică ; deteriorarea funcțională se exprimă prin hiperemotivitate și dezinteres și, spre deosebire de cea organică, este receptivă la chimioterapie.

În practică sînt utilizate atît teste pentru evaluarea unor factori (matricile progresive Raven sau scala Thurstone), cît și teste pentru aprecierea unor funcții intelectuale (teste de atenție, de memorie, verbale). Cel mai folosit este testul WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), care conține o sumă de probe ce permit evaluarea globală a eficienței intelectuale. Scala WAIS ține cont și de un grad de deteriorare fiziologică, exprimat printr-un coeficient de deteriorare corespunzător diferitelor categorii de vîrstă.

Diagnosticul pozitiv al unui proces de deteriorare se bazează pe datele semiologice, cărora le vin în sprijin rezultatele metodelor psihometrice. În practică este necesar ca, pe lîngă studierea strictă a eficienței intelectuale, să se obțină date despre capacitățile mnezice, funcțiile instrumentale (praxice, gnozice, fazice), comportamentul subiectului față de conștientizarea regresiei : ignorare, refuz al recunoașterii, sentiment de devalorizare și depresie, conduită de compensare. Trebuie apreciat atît coeficientul global al scăderilor intelectuale, cît și predominanța pentru o anumită funcție. Important de apreciat este momentul debutului deteriorării, prin semne clinice cum ar fi : reducerea randamentului profesional, bradipsihia, scăderea vocabularului sau teste psihometrice (probe de calcul aritmetic de aptitudini optico-motorii etc.). În acest stadiu, diagnosticul se bazează îndeosebi pe metode psihometrice.

Diagnosticul diferențial se face cu stările de deficit intelectual dobîndite, respectiv cu oligofreniile. Cunoștințele limitate ale celui care nu a putut achiziționa diferă de „ceea ce a mai rămas" la cel care are o slăbire intelectuală. În al doilea rînd, deficitele intelectuale reversibile din stările confuzionale acute diferă de cele de deteriorare, prin capacitatea revenirii intelectuale la stadiul premergător.

Scăderea intelectuală din deteriorare este de nivel mediu, rezervîndu-se termenul de demență pentru nivelul profund. Deteriorarea trebuie diferențiată de scăderile de eficiență din stările de inhibiție de origine afectivă (emotivă, depresivă), de hipobulia personalităților astenice, de stările astenodepresive ale personalităților psihastenice, de bradipsihia din unele boli neurologice. Sub aspect etiologic, scăderea intelectuală poate fi consecința a numeroase afecțiuni : sechele ale unor boli infecțioase, intoxicații (alcoolice cu oxid de carbon), traumatisme craniene, stări defectuale post-procesuale, parafrenie ; sindroame demențiale (PGP, tumori, ASC) ;

demențe presenile (Pick și Alzheimer); psihoze de involuția persenilă și senilă (inclusiv presbiofrenia). Tratamentul preventiv ar consta în eliminarea factorilor etiologici: infecții, traumatisme etc., în celelalte cazuri el fiind practic inoperant.

Stările actuale vizează două modele terapeutice: de ameliorare a oxigenării cerebrale și de restabilire a unei funcționări normale a celulelor cerebrale atinse de procesul abiotrofic. Tratamentul curativ constă în mijloace psihoterapeutice, de reeducare prin stimularea aptitudinilor intelectuale restante și prin stoparea reacțiilor afective negative și a sentimentelor devalorizante.

În cazul unor acte cu repercusiuni medicolegale, ori de cîte ori este cazul, se va stabili gradul de deteriorare a subiectului în corelație directă cu discernămîntul și responsabilitatea penală → DEFICIT; DEGRADARE; INTELIGENȚA.

266. **DETERMINANT** (cf. lat. *determinare*) ● Factor, variabilă, cauză, relație etc., cu rol hotărîtor în producerea unui eveniment, fenomen, situație, reacție.

Prin factori determinanți în producerea bolilor psihice se invocă mecanismele etiopatogenice de tip traumatic, psihologic, toxic, infecțios, endocrin, vascular ș.a. Deși în producerea unei boli concură totdeauna mai mulți factori-cauză (determinismul plurifactorial), numai unii dintre ei sînt determinați în mod univoc, ceilalți intervenind în ordine secundă ca factori favorizanți pentru instalarea stării morbide.

267. **DETERMINARE** (fr. *déterminer*; cf. lat. *determinare*) ● Operație, logică opusă generalizării, prin care o noțiune generală, cu sferă cuprinzătoare și conținut sărac, devine specifică, primind note care-i îmbogățesc conținutul, îngustindu-i totodată sfera (de exemplu trecerea de la noțiunea de partulater la noțiunea de romb, apoi la noțiunea de pătrat).

Sub aspect filozofic, determinarea denotă înscrierea unei modalități antice într-un cîmp existențial particular, ale cărei caracteristici spațio-temporale, structurale și funcționale îi asigură specificitatea, făcînd posibilă delimitarea de alte fenomene înrudite în esență.

268. **DETERMINARE MULTIPLĂ** →(sin.) SUPRADETERMINARE.

269. **DETERMINISM** (fr. *déterminisme*; cf. și germ. *determinismus*) ● Teorie a interacțiunii universale, axată pe ideea unei ordini care guvernează cosmosul, astfel încît geneza și desfășurarea tuturor proceselor și fenomenelor din natură, societate sau viața sufletească a oamenilor se înlănțuie fiind cauzal supuse unor legități obiective.

În opoziție cu această concepție filozofică, indeterminismul postulează ideea unui univers haotic, în care domnește hazardul, în care totul este accidental și, ca atare, imprevizibil, ceea ce legitimează liberul arbitru. Aflîndu-se în contradicție cu discursivitatea rațiunii, care tinde către ordine și coerență, indeterminismul radical reprezintă o anomalie a spiritului, manifestă în momentele de criză ale gîndirii filozofice, cînd aceasta cunoaște mutații radicale, despărțindu-se printr-o examinare critică de anumite prejudecăți devenite anacronice și fiind abia în stadiul de tatonare a unor noi repere de ordonare a universului teoretic.

Avînd o îndelungată tradiție filozofică, determinismul constituie una dintre strategiile posibile prin care spiritul aspiră să instituie un acord între coerența rațională și devenirea fenomenală, perceptibilă prin experiență.

Concepțiile religioase, teist-teologice, postulează desfășurarea implacabilă a tuturor evenimentelor în conformitate cu voința atotputernică a divinității, motivînd inexplicabilul prin caracterul limitat și imperfect al gîndirii omenești, căreia rațiunea infinită a ființei supreme îi este în mod iremediabil inaccesibilă. Finalismul sau teleologismul, înrudite cu metafizica de inspirație religioasă, concep determinarea obiectivă a fenomenelor ca tendință a acestora spre actualizarea unor scopuri sau stări terminale ale devenirii cosmice, prefigurate dintru începutul firii.

Concepția deterministă este solidară cu postulatele ontologice fundamentale ce stau la baza diferitelor orientări filozofice, exprimînd o viziune despre ordinea universală ce concordă cu ierarhia categorică argumentată de sistemul respectiv. Idealismul obiectiv explică înlănțuirea necesară, legică, a proceselor și fenomenelor naturale, sociale sau psihice, instituind un raport de dependență și subordonare a realității empirice față de un nivel ontic de natură ideală, căruia necesitatea logică riguroasă îi este imanentă, regăsindu-se în modalități și forme mediate, ca legitate ordonatoare, în lumea fenomenală. În virtutea postulatelor sale, idealismul subiectiv limitează determinismul la sfera conștiinței, definindu-l ca ordonare de către subiect — în virtutea coerenței sale interioare — a datelor senzorial-perceptive. În felul acesta, cauzalitatea se restrînge la limitele experienței, constituind o determinație nu a realității, ci a subiectului.

Determinismul consecvent este compatibil doar cu materialismul, rafinamentul său teoretic explicativ aflîndu-se într-o strînsă corelaţie cu stadiul de dezvoltare şi cu preocupările metodologice ale ştiinţei. Iniţiat în modalităţi simplificatoare în antichitate de către HERACLIT, DEMOCRIT, EPICUR, LUCRETIUS, determinismul cu suport filozofic materialist progresează spectaculos în epoca modernă (secolele XVII—XVIII).

Dezvoltînd fundamentele metodologice ale ştiinţelor naturii, GALILEI, BACON, HOBBES, DESCARTES şi SPINOZA au expus principiile determinismului, înfruntînd polemic finalismul religios şi sterilitatea aristotelismului scolastic, secătuit de virtuţile sale originare. Autoritatea fizicii newtoniene consacră, în gîndirea epocii, categoriile fundamentale ale concepţiei deterministe — cauzalitate, legitate, necesitate, ordine evidenţiată experimental, explicată şi formulată în limbajul riguros al ecuaţiilor matematice: fizicalismul indus de această autoritate devine însă, prin absolutizare, mărginit, introducînd în gîndirea filozofică limite mecaniciste şi metafizice. În concepţia lui LAPLACE, determinismul (îmbrăţişat şi de materialiştii francezi din secolul al XVIII-lea: LA METTRIE, D'HOLBACH, HELVETIUS) confundă cauzalitatea cu necesitatea, negînd caracterul obiectiv al evenimentelor întîmplătoare, ceea ce implică inevitabil o interpretare fatalistă, apropiată de finalism, întrucît evoluţia universului este raportată, în toate amănuntele, la momentul primordial al declanşării „maşinăriei" cosmice. Absolutizînd previziunea ştiinţifică inspirată de „mecanica cerească" a timpului (GALILEI, COPERNIC, KEPLER, NEWTON), determinismul mecanicist reduce legitatea fenomenelor la legile dinamice, neglijînd caracterul obiectiv al legilor statistice care acţionează în formele mai complexe de organizare a lumii materiale. Progresul spectaculos al ştiinţei în secolul al XX-lea (teoria relativităţii, mecanica ondulatorie şi cea cuantică, termodinamica statistică şi alte noi direcţii de cercetare în fizică, ascensiunea ştiinţelor biologice) a scos în evidenţă limitele determinismului mecanicist, impunînd o renunţare programatică la vechile prejudecăţi de sorginte laplaceană. Luînd drept blazon aşa-numitul „principiu de nedeterminare" formulat de către HEISENBERG (care afirmă că nu se pot determina simultan cu precizie atît poziţia la un moment determinat, cît şi ecuaţia de mişcare a unei microparticule), o serie de filozofi s-au grăbit să proclame opusul concepţiei deterministe, atribuind ştiinţei contemporane un caracter indeterminist. În realitate, nu este vorba decît de o depăşire a mecanicismului modern, prin fundamentarea unei concepţii mai complexe asupra categoriilor deterministe, în acord cu experienţa şi problematica metodologică a ştiinţelor actuale. Dezbaterile din ultimele decenii au scos în evidenţă valoarea explicativă a materialismului dialectic, confirmînd şi dezvoltînd cu noi argumente o serie de principii ale ontologiei marxiste. Axîndu-se pe ideea conexiunii universale, determinismul materialist-dialectic defineşte interacţiunea drept proprietate obiectivă şi fundamentală a tuturor obiectelor şi fenomenelor din realitate (natură şi societate). În cadrul interacţiunilor se corelează dialectic necesitatea şi întîmplarea, cauzele şi condiţionările. În funcţionarea sistemelor complexe acţionează în mod obiectiv legile statistice, trecerea de la posibil la real, avînd loc nu cu necesitate absolută, ci în mod probabilist, ca urmare a corelării factorilor întîmplători cu cei necesari, a parametrilor cauzali cu variabile aleatoare. Probabilitatea nu este nici o aproximaţie impusă de ignoranţa provenită din finitudinea intelectului omenesc, nici un simptom prin care se manifestă caracterul haotic al realităţii, care ar rezista tentativelor de raţionalizare ale subiectului, ci o proprietate obiectivă a sistemelor cu evoluţie sinuoasă, în care legităţile acţionează ca tendinţe, suportînd acţiunea factorilor accidentali. În perspectiva materialismului dialectic, predicţiile de tip laplacean, în care probabilitatea este neglijabilă, constituie cazuri privilegiate, de excepţie, generală fiind predicţia de certitudine relativă, care anticipează cu aproximaţie — dar obiectiv întemeiată — mersul evenimentelor, avînd un caracter probabilist.

270. **DETIPRON**(M) Mexic — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanţe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, efectul anorexigen fiind apropiat fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp poate realiza farmacodependenţă. Acţiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

271. **DETRESĂ INFANTILĂ** (cf. fr. *detressa* „dispersare") ● Termen psihanalitic, care desemnează o stare specifică aflată la originea primei manifestări de anxietate la copilul mic. Naşterea reprezintă pentru acesta o situaţie traumatizantă, prin trecerea din mediul uterin „*cunoscut*", în care se simte în siguranţă, într-un mediu nou, necunoscut, la care el trebuie să se adapteze. Copilul trăieşte acest moment de separare în mod neplăcut, anxios, evidenţiat

prin modificări fiziologice ale respiraţiei, ale pulsului, ale presiunii sanguine. În perioada imediat următoare naşterii, copilul mai păstrează unele caracteristici ale vieţii intrauterine, cum ar fi motricitatea nediferenţiată şi necoordonată, posibilităţile perceptive rudimentare etc. El se găseşte astfel într-o stare de neajutorare, nefiind capabil să-şi satisfacă singur trebuinţele fundamentale ca : foamea, setea, căldura etc. Satisfacerea acestora este realizată prin intermediul mamei. Starea de neputinţă şi neajutorare trăită de noul născut este detresa. FREUD consideră această stare ca fiind prototipul anxietăţii adultului care, aflîndu-se într-o situaţie traumatizantă sau care implică un pericol, asociază manifestările fiziologice care se produc în acest moment (creşterea pulsului, a tensiunii arteriale şi a ritmului respirator) cu cele produse în momentul imediat următor naşterii ; această ipoteză nu se mai bucură de aceeaşi credibilitate ca la începutul secolului.

272. **DETRESA PSIHOSOCIALĂ** • Stare de neputinţă şi disperare, trăită de individ într-un context social. În activitatea socială, omul stabileşte raporturi cu semenii săi, în cadrul cărora îşi satisface o serie de trebuinţe, aspiraţii, dorinţe, raporturi, şi în care se manifestă emoţional şi cognitiv. El influenţează comportamentul altor oameni şi este influenţat de aceştia. Raporturile interpersonale pot constitui însă şi sursa unor trăiri neplăcute. Stare specială trăită de individ într-o situaţie traumatizantă în care nu vede sau din care nu există nici o posibilitate de ieşire, detresa psihosocială poate sta la originea unor manifestări anxioase şi depresive, de vinovăţie sau agresivitate. Odată declanşată o stare emotivă neadaptativă, individul caută să o stăpînească, evitînd sursa stării. În cazul în care situaţia traumatizantă implică anxietatea socială, de exemplu, se pot dezvolta şi alte manifestări patologice, cum ar fi izolarea. Termenul are o utilizare din ce în ce mai restrînsă.

273. **DETREX**(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamine* • Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acţiune şi indicaţii similare cu ale AMFETAMINEI şi acelaşi risc al dependenţei.

274. **DETUR** (fr. *détour* „ocol") • Mijloc indirect şi perspicace (subterfugiu, tertip), utilizat pentru depăşirea unui obstacol în vederea atingerii scopului propus. Implică un anumit nivel de inteligenţă, fiind direct proporţional cu aceasta, aşa încît se poate spune că „*inteligenţa este obstacolul*". Din nefericire, este destul de puţin frecvent întîlnit, deşi reprezintă o cale de ieşire din impas sau chiar de obţinere a succesului.

275. **DEUTERANOPIE** ⇉ DALTONISM.

276. **DEUTEROSCOPICE**(II) *halucinaţii* (cf. gr. *deuteros* „al doilea" ; *skopein* „a privi") • Formă a halucinaţiilor autoscopice externe (heautoscopice), în care subiectul îşi percepe dublura ca avînd o existenţă materială şi executînd de regulă aceleaşi acte şi acţiuni ca şi subiectul perceptor. Acest fenomen halucinator nu se înscrie complet în definiţia halucinaţiei („percepţie fără obiect„) decît în sensul imposibilităţii existenţei unui astfel de obiect.

Psihanaliza a încercat o explicaţie a acestor fenomene insistînd pe rolul proiecţiei şi narcisismului (RANK), deşi FREUD a arătat că imaginea heautoscopică este greu suportată de către subiect, care o consideră „greoaie şi ruşinoasă". H. EY afirmă că heautoscopia este „o traversare a oglinzii în care se sparge subiectivitatea pură". O serie de scriitori au lăsat descrieri remarcabile ale acestui fenomen (D'ANNUNZIO, F. DOSTOIEVSKI, N. HOFFMAN, A. MUSSET, G. de MAUPASSANT, E. A. POE, J. STEINBECK), ale cărui semnificaţii patologice sînt deseori greu de precizat.

Poate apărea într-o serie de circumstanţe neurologice (sindroamele parietale şi occipitale), ca aură epileptică, în stări de suprasolicitare, la personalităţi psihastenice şi în unele psihoze.

277. **DEUTEROSCOPIE** — sin. AUTOSCOPIE EXTERNĂ (SOLLIER) ; AUTOSCOPICĂ(II) halucinaţie sin. → HEUATOSCOPIE.

278. **DEVENIRE** (fr. *devenir*) • Termen utilizat îndeosebi în context filozofic pentru a denumi transformarea, proprietatea universală a trecerii oricărei realităţi de la o stare la alta, schimbarea identităţii calitative, procesualitatea. Este sinonim cu termenii : mişcare, dezvoltare.

Centrală în orice viziune dialectică, ideea de devenire a fost sădită în conştiinţa filozofică prin imaginea „focului", care se aprinde şi se stinge, metamorfoză a cărei semnalare a fost atribuită — ca şi celebra maximă „totul curge" — lui HERACLIT.

În filozofia hegeliană, devenirea reprezintă prima sinteză dialectică în care îşi află „adevărul" concret determinaţiile abstracte şi, ca atare, „neadevărate", ale existenţei şi nonexistenţei. Orice lucru fiinţează doar în unitatea dintre existenţă şi nonexistenţă, deoarece, prin necontenită schimbare, acesta trece de la ceea ce este la altceva ce nu a fost, şi fiecare

trecere îl face să nu mai fie ceea ce a fost. Adversar al exceselor raționaliste, incapabile să surprindă, după opinia sa, fiorul viu al schimbării prin care ființa își atribuie, proteic, determinații noi, BERGSON apreciază că devenirea este accesibilă numai intuiției iraționale, deoarece numai aceasta poate sesiza continuitatea procesului de transformare tendențială a lucrurilor, pe care discursivitatea intelectului o transformă într-o succesiune rigidă, mortificată de reprezentări discontinue.

279. **DEVIANȚA** (fr. *déviance* ; cf. lat. *deviare* „a se abate de la calea cea dreaptă") ● Concept sociologic, utilizat deseori astăzi în locul termenului de delincvență, pentru a desemna abaterea de la norma comportamentală socială (MERTON, 1961) ; cînd amenință valorile sociale fundamentale, devianța devine infracțiune sau crimă și este sancționată de societate. Devianța reprezintă calitatea unui comportament de a se deosebi în mod semnificativ, marcant, de normalitatea general acceptată, față de medie, față de obișnuit. SELLIN (1938) o definește ca ansamblul comportamentelor îndreptate împotriva normelor de con-

duită sau de ordin instituțional, adică toate formele dezadaptative determinate de impactul individului cu mediul social. Noțiune larg utilizată în sociologie, devianța se referă în esență la nonconformism, la acele comportamente care se abat sau intră în conflict cu standardele sociale sau culturale în cadrul unui grup sau sistem social. Ele se situează într-o „zonă" de toleranță a unor multiple și variate modele comportamentale care, dacă reușesc să nu vină în contradicție flagrantă cu limitele impuse de instituționalizare și societate în ansamblul, sînt admise. Numai cele care depășesc aceste granițe, capătă atributul de „deviant" încălcînd normele socialmente recunoscute și acceptate în cadrul societății respective. Utilizat inițial de E. DURKHEIM, la sfîrșitul secolului al XIX-lea, termenul de devianță este reluat ulterior de sociologul funcționalist american T. PARSON. În perioada postbelică, conceptul capătă valoare în contextul dezvoltării teoriei „patologiei" și „dezorganizării" sociale. Comportamentul deviant duce firesc la apariția unui răspuns ferm și „violent" din partea societății, care va pune în funcțiune toate normele și mecanismele sale de control social, aplicînd sancțiuni ce merg de la reprobare pînă la pedepsele cele mai severe.

Cauzele devianței sînt de natură antropologică și sociologică, ea fiind rezultatul interacțiunii dintre personalitate (factorii biologici, psihologici, socioculturali care concură la dezvoltarea individului) și mediul ei de existență (grupul social, familia, societatea, cu particularitățile lor economice, etnice, cultural-educaționale etc.). Dreptul, criminologia, medicina legală și psihiatria clinică și judiciară studiază implicațiile specifice ale devianței, promovînd măsuri juridice și medicale de pedepsire, tratare, profilaxie și recuperare a individului deviant. Comportamentul deviat (aberant, anormal), cu sau fără componentă antisocială, întîlnit în general la personalitățile dizarmonice, constituie obiectul actului terapeutic psihiatric, și numai la nevoie, în situații speciale, solicită măsuri medicale (stabilite de expertiza medico-legală psihiatrică) sau juridice de siguranță. Devianța în sens clinic psihiatric include de asemenea auto- și heteroagresivitatea (suicidul, homicidul, automutilarea), perversiunile sexuale, impulsiunile piromane, cleptomane, mitomane, fugile (impulsive, din stările confuzo-onirice, psihotice, demențiale, din reacțiile psihotice), toxicomaniile, simulările și sinistroza etc. În medicina legală, comportamentul deviant este echivalentul „reacțiilor medico-legale" (DRAGOMIRESCU). Autorul sintetizează nomenclatura abaterilor de la conduita normală astfel :

- comportament deviant (abateri de la normele sociale) ;
- comportament aberant (aspecte medico-legale și psihopatologice) ;
- comportament antisocial sau infracțional (aspectele judiciare ale comportamentului).

Această categorie cuprinde patru tipuri, primele două predominînd în cadrul delincvenţei juvenile :
— comportament antisocial accidental (ocazional) ;
— predelictual ;
— delictual propriu-zis ;
— infecţional patologic.

Din perspectiva unor criterii medico-legale şi criminologice, aceste patru tipuri de comportament (şi cele patru subtipuri ale ultimului) acoperă întregul spectru, delimitat pluridisciplinar, al devianţei Acelaşi autor sistematizează alte patru subtipuri etiopatogenice ale comportamentului antisocial :

- comportament motivat patologic (se impun măsuri curative predominante) ;
- comportament potenţat (sensibilizat) patologic (măsuri speciale diferenţiate) ;
- comportament declanşat patologic (măsuri preventive) ;
- comportament exacerbat al unui fond patologic latent (măsuri preventive şi curative diferenţiate).

Drept forme particulare ale comportamentului deviant, se numără : simularea şi sinistroza; hetero- şi autodistrucţia ; narcofilia ; recidiva deviantă ; conduita deviantă la copii şi tineri → DELINCVENŢĂ JUVENILĂ.

DSM III oferă, sub numele de „tulburări ale personalităţii antisociale", un set operaţional de criterii clinice şi consecinţele lor dezadaptative şcolare, familiale, sociale, judiciare, caracterizate prin repetitivitate (recidivă) la cel mult cinci ani interval (cînd subiectul nu este internat sau deţinut).

Dintre tipurile umane de personalitate, personalitatea dizarmonică reprezintă prototipul comportamentului deviant prin trăsăturile esenţiale care realizează inadaptarea la mediul social (DRAGOMIRESCU). Acest tip de comportament se manifestă, după acelaşi autor, prin : mare potenţial de anti- şi asocialitate ; comportament delictual polivalent ; spontaneitate a acţiunilor deviante, nu atît prin insuficienţa capacităţii de deliberare, cît prin necesitatea satisfacerii imediate a pulsiunilor instinctiv-emoţionale şi a imaturităţii afective ; agresivitate, exacerbată de tendinţele narcofilice; rolul de inductor negativ, activ, sociopatic pe care-l desfăşoară ; tendinţele de bravare şi de simulare ; malignitatea conduitelor deviante, atît prin efecte sociale negative, cît şi prin posibilităţile de decompensare, în care tulburările majore, uneori de intensitate psihotică, pot antrena grave implicaţii pe plan social. În cazul personalităţii psihotice, devianţa în comportament este rezultatul procesului patologic, ca şi în cazul demenţelor, cînd se leagă de degradarea capacităţii de estimare calitativă, de discernămînt.

Evaluarea aspectelor medico-legale ale comportamentului deviant presupune deseori o cercetare atentă din partea unei echipe complexe, în care psihiatrul, psihologul, sociologul şi juristul au fiecare un rol fundamental → AGRESIVITATE ; COMPORTAMENT DISOCIAL ; DELINCVENŢA ; EXPERTIZA PSIHIATRICĂ ; PERICULOZITATE ; VIOLENŢĂ.

280. **DEVIAŢIE SEXUALĂ** (fr. *déviation* ; cf. lat. *deviare*) ● Termen utilizat de psihiatrii francezi pentru a desemna tulburarea relaţiilor erotice prin practicarea lor între indivizi aparţinînd aceluiaşi sex (homosexualitate), pentru celelalte tipuri de abateri de la normalitate fiind preferaţi termenii de PERVERSIUNE SEXUALĂ sau PARAFILIE.

Psihiatrii americani includ deviaţia sexuală în cadrul grupului de tulburări psihosexuale, conferind sensul de categorie majoră de tulburare a personalităţii următoarelor deviaţii : homosexualitate, fetişism, pedofilie, transvestism, exhibiţionism, voaierism, sadism, masochism, restul fiind incluse în categoria varia.

281. **DEVIAŢIE STANDARD** — sin. ABATERE STANDARD ● Termen utilizat în biostatistică cu următoarele sensuri :

- deviaţie (abatere) — diferenţa dintre valoarea absolută (x_1) a unei variabile şi valoarea medie ($\bar{x}$) a şirului de valori posibile ale variabilei ; se notează cu $d = x_1 - \bar{x}$;
- deviaţie (abatere) absolută medie : media aritmetică a abaterilor luate în valoare absolută ; se notează cu $e_{\bar{x}} = \frac{(x_1 - \bar{x})}{n}$;
- deviaţia (abatere) pătratică medie (deviaţie standard, deviaţie tip) : rădăcina pătrată din media aritmetică a pătratelor abaterilor valorilor observate în raport cu media lor aritmetică ; se notează cu :

$$\sigma = \sqrt{\frac{\Sigma(x_1 - \bar{x})}{n}}$$

Dintre toate acestea, noţiunea cea mai utilizată este abaterea pătratică medie, deoarece evidenţiază mai bine împrăştierea valorilor observate faţă de medie. Termenul are semnificaţie constantă indiferent de domeniul la care se referă (psihometric, comportamental, juridic, social) : îndepărtarea de la normă. În statistică, defineşte cantitatea prin care o valoare (sau un scor) diferă de valoarea medie a unui şir de valori : $\Delta = \sigma = d = x - x_1$.

Scanned with OKEN Scanner

Se defineşte astfel : abaterea întîmplătoare care se datorează unor influenţe neordonate, distribuţia abaterilor efectuîndu-se după legea Laplace-Gausse ; abaterea medie ce reprezintă media valorilor absolute ale abaterilor dintr-un şir statistic ; abaterea pătratică medie (abatere tip). Deviaţia sau eroarea standard care evaluează dispersia valorilor individuale :

$$\sigma = S = \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{n-1}}$$

în care d = abaterea individuală, n = numărul valorilor din şir.

Se poate vorbi de o abatere patologică şi nepatologică de la normalul psihic, limitele demarcării acestor două zone fiind de multe ori sinuoase, imprecise sau inconstante, ca şi graniţele normalităţii psihice înseşi. Minimum cantitativ al abaterii patologice l-ar constitui gradele uşoare ale întîrzierii dezvoltării mintale, iar cel calitativ — structura dizarmonică a personalităţii. Pentru abaterea nepatologică nu s-ar putea stabili decît un maxim, care vizează în grade variabile structura particulară de personalitate, dar o rezolvă la scara sublimului uman, inteligenţa creatoare, genialitatea.

282. DEVIC[B] *boală* — sin. NEUROMIELITĂ OPTICĂ ● După cei mai mulţi autori este o variantă posibilă a sclerozei multiple, în care leziunile sînt limitate doar la măduva spinării şi la nervii optici.

283. DEVRYL[M] Mexic — DCI *Clomacran* ● Timoleptic, derivat acridanic de tip 2-clor-9-/3-(dimetilamino)propil/acridan, cu acţiune antidepresivă modestă, dar marcate efecte sedativ-hipnotice. Nu se asociază cu IMAO.

284. DEWEY John (1859—1952) ● Filozof de factură idealist-subiectivă (şi-a intitulat doctrina sa „instrumentalism"), psiholog „funcţionalist" şi pedagog american, care a desfăşurat o intensă activitate în domeniul psihologiei şcolare, fondînd o şcoală experimentală (The University Elementary School) pe lîngă Universitatea din Chicago, unde a aplicat teoriile formulate în studiile sale. Astfel, în locul climatului autoritar tradiţional din şcoli, el introduce angajarea liberă şi mai democratică. Dintre lucrările mai importante ale lui J. DEWEY sînt de amintit : „Şcoala şi copilul", „Principiile psihologice", „Democraţie şi educaţie", „Expertiză şi educaţie", „Caracterul şi comportamentul uman".

285. DEXAMED[M] Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină— amină simpaticomimetică ; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

286. DEXAMETAZONĂ[T] *test* ● Testul frenator la dexametazonă (Dexametazona Suppression Test — TSD) ; face parte din testele biologice utilizate în evaluarea aspectelor cantitative şi calitative ale depresiei, ca şi în selectarea şi aprecierea medicaţiei antidepresive. El evaluează anomaliile care apar în funcţionarea axului sistemului limbic-hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal (DEMISHI, 1983) în special cele legate de cortizolemie. Majoritatea autorilor recunosc că anormalitatea testului constituie un marker biologic cu mare specificitate în cazul depresiilor endogene, fără ca valorile normale să fie un criteriu de excludere. Sensibilitatea testului este apreciată la 40—50%, iar specificitatea este de 96% (LÔO). Fidelitatea diagnosticului este de peste 90%. Testul a fost standardizat de CARROLL şi constă în administrarea unui gram de dexametazonă la ora 23 şi măsurarea cortizolemiei în ziua următoare, la orele 16 şi 23 (sau numai ora 16 în cazul explorărilor ambulatorii). Valorile cortizolemiei peste 5μ g/100 ml la una din cele două dozări indică lipsa de răspuns la activitatea frenatorie a dexametazonei, deci pozitivitatea testului. Autorul testului a atras atenţia asupra necesităţii ca fiecare laborator să-şi elaboreze criteriile proprii de apreciere a pozitivităţii. Semnificaţia acestui rezultat în prezenţa unui sindrom depresiv se referă la următoarele aspecte :

- în plan diagnostic, confirmă natura „endogenă" a depresiei şi poate aduce clarificări în depresiile atipice, în pseudodemenţele depresive sau în oscilaţiile timice ale dizarmonicilor distimici. JAFFEN, BARSHAW şi KENNEDY subliniază precizia destul de mare în indicarea unei depresii melancolice (1983), dar şi faptul că normalitatea testului nu exclude prezenţa unei astfel de tulburări ;
- în plan terapeutic orientează obţinerea spre triciclice, imipramină şi desipramină (GOLD, 1980) şi/sau electroşoc, permiţînd totodată urmărirea tratamentului. Există un consens asupra faptului că normalizarea testului este egală cu o remisie de lungă durată. Ameliorarea stării clinice cu persistenţa unui TSD pozitiv indică posibilitatea apariţiei unei recăderi rapide. Valoarea predictivă a testului în tratament a fost subliniată recent de GARDEN, COLSBOER-FRASER, BERGE (1985). Alţi autori insistă asupra faptului că testul la dexametazonă este un test

de stare (se referă la nivelul depresiei), şi nu de trăsătură (nu se referă la tipul ei), deci nu permite distingerea depresiilor în funcţie de subclasificările obişnuite (uni- sau bipolare).

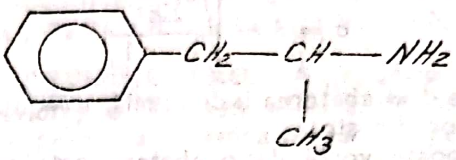
BROWN şi BRAWELY propun şi demonstrează corelaţia între tipurile de depresii clasificate de MASS (1975) — depresii de tip A, cu MMPG urinar scăzut anterior tratamentului şi răspuns dispoziţional bun după o doză test de metilfenidat (sau amfetamină) ; depresii de tip B, cu caracteristice opuse şi care răspund bine la amitriptilină şi nortriptilină.

Rezultate fals pozitive pot da însă la test şi afecţiuni endocrine (boala Cushing), alcoolismul, tratamentul cu barbiturice, meprobamat, carbamazepină, sarcina, obezitatea. De asemenea, o serie de circumstanţe pot negativiza testul: boala Addison, hipopituitarismul, tratamentul cu produse cortizonice, contraceptivele. Semnificaţia biologică a testului nu a putut fi stabilită cu precizie, dar a fost sugerat rolul inhibitor al căilor noradrenergice asupra producţiei de CRF (cortico-releasing-factor).

Cu toate datele pe care le oferă acest test (şi mai ales perspectiva pe care o dă cercetărilor neuroendocrine ca prin marker de acest tip în psihiatrie), valoarea lui nu poate fi absolutizată, iar atunci cînd există premisele unui diagnostic clinic corect pe criterii obişnuite, el rămîne numai un artificiu tehnic. Mai mult, asocierea întîmplătoare a disfuncţiei axului hipotalamo-hipofizar cu un tablou psihopatologic depresiv nu poate fi întotdeauna exclusă (BERGER, PIRKE). De altfel, nici CARROLL nu recomandă să se dea testului o folosire de rutină ; o serie de lucrări cum sînt cele ale lui SHAPIRO şi LECHMAN au arătat că în practica de cabinet valoarea predictivă poate să scadă sub 30%, iar RABKIN şi colab. (1983) exclud posibilitatea folosirii testului în screeninguri populaţionale.

În varianta terapeutică, textul la dexametazonă rămîne o poartă deschisă către o terapie raţională. De remarcat şi faptul că testul nu este grefat de efecte secundare.

287. DEXAMFETAMINE(DCI) ● Derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină — amină simpaticomimetică, cu acţiune stimulatorie asupra sistemului nervos central, cu efect rapid dar de scurtă durată. Utilizarea în doze mai mari sau repetate nu duce la creşterea eficacităţii, dar poate favoriza apariţia unor efecte secundare marcate. Sînt indicate în epilepsie (unele forme de petit mal), în asociere cu fenobarbital pentru combaterea efectelor secundare, în etilism cronic şi acut, psihoze alcoolice, depresii inhibate. În general nu sînt recomandabile în stările de oboseală fizică sau psihică ; există pericolul dependenţei. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :



ADIPARTHROL(M)	Elveţia
ADRIZINE(M)	Anglia
AFATIN(M)	Spania
AM-DEX(M)	S.U.A.
AMFE-DYN(M)	Italia
d-AMFETASUL(M)	S.U.A.
AMFHAETEX(M)	Elveţia
AMPHEDEX(M)	S.U.A.
AMPHEDRINE(M)	S.U.A.
AMPHEREX(M)	Anglia
AMSUSTAIN(M)	Anglia
BAR-DEX(M)	Franţa
BONTRIL(M)	S.U.A.
CRADEX(M)	Anglia
CURBAN(M)	S.U.A.
DARO(M)	S.U.A.
D-CITRAMINE(M)	S.U.A.
DESAMINE(M)	S.U.A.
DEXALONE(M)	S.U.A.
DEXAMED(M)	Anglia
DEXAMIN(M)	Elveţia
DEXAMINE(M)	Australia
DEXAMPEX(M)	S.U.A.
DEXAMPHATE(M)	Australia
DEXA-SEQUELS(M)	Anglia
DEXASPAN(M)	S.U.A.
DEXEDRINA(M)	Spania
DEXEDRINE(M)	Anglia
DEX-SULE(M)	S.U.A.
DEXTENAL(M)	Franţa
DEXTRO-PROFETAMINE(M)	S.U.A.
DEXTROSULE(M)	S.U.A.
DIOCURB(M)	S.U.A.
EVRODEX(M)	S.U.A.
FERNDEX(M)	S.U.A.
HETAMINE(M)	Anglia
LOWEDEX(M)	Anglia
MAXITON(M)	Franţa
MATON FORTE(M)	Austria
MEDEX(M)	Spania

Scanned with OKEN Scanner

MEPHADEXAMIN-R(M)	Elveţia
NILOX(M)	Franţa
OBESONIL(M)	S.U.A.
PELLCAPS(M)	S.U.A.
PHETADEX(M)	Australia
POMADEX(M)	Anglia
PROPTAN(M)	Olanda
ROBESE(M)	S.U.A.
SIMPAMINA D(M)	Italia
STIL-2(M)	Spania
SYNATAN(M)	Spania
TYDEX(M)	S.U.A.

288. **DEXOVAL(M)** S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acţiune şi indicaţii similare cu ale AMFETAMINEI şi acelaşi risc al dependenţei.

289. **DEXTRAFOBIE(F)** (cf. lat. *dexter* „din partea dreaptă"; *phobos* „frică") — sin. DEXTROFOBIE(F) ● Teamă intensă patologică, nemotivată, manifestată faţă de orice obiect amplasat în dreapta subiectului, care reprezintă un reper variabil, după poziţia în spaţiu a subiectului însuşi. Se întîlneşte în nevroze obsesivo-fobice, isterie, schizofrenie şi la personalităţile psihastenice. Este opusă LEVOFOBIEI(F).

290. **DEZAGREGARE PSIHICĂ** (cf. fr. *désagréger*: vezi lat. *aggregare* „a strînge la un loc, a uni") ● Termen lipsit de specificitate, fiind corespondent, în sens restrîns, disociaţiei, iar în sens larg, disoluţiei jacksoniene. Prin primul sens, P. JANET (creatorul termenului) înţelegea dezagregarea ca o incapacitate de sinteză, de a reuni într-o singură percepţie şi într-o singură conştiinţă personală fenomenele psihice elementare. Cel de-al doilea sens, cu care termenul este folosit şi de curentele nejacksoniene, este acela al fărîmiţării ansamblului psihic, al prăbuşirii lente şi gradate a structurii sale organizate, de la superior către inferior. Acest proces se reflectă în comportamentul adaptativ, care se reduce progresiv către un nivel funcţional elementar.

Primul sens al termenului, cel restrîns, are o mai netă semnificaţie conotativă, legată de aspectul calitativ şi de realizarea independentă a funcţiilor psihice; cel de-al doilea traduce aspecte de reducţie cantitativă.

Termenul de dezagregare este folosit pentru caracterizarea globală a modificărilor care rămîn în psihoze după consumarea fazei acute şi a stărilor deteriorative.

291. **DEXTERITATE** (cf. lat. *dexteritas* „abilitate, dibăcie") — sin. → DIBĂCIE; INGENIOZITATE; ISCUSINŢĂ; ÎNDEMÎNARE sin. → ABILITATE.

292. **DEZ-** (cf. lat. *dis*) ● Element de compunere cu sens privativ.

293. **DEZANGAJARE** (*dez-*; *angajare*: fr. *engager*) ● Modificare, la nivel de atitudine şi de acţiune, a participării afective şi motivaţionale a unui subiect într-o relaţie sau într-o activitate. Dacă această atitudine poate fi motivată şi voluntară în anumite circumstanţe psihologice (fiind reflexul stingerii sau anihilării motivelor, intereselor, aspiraţiilor care orientaseră şi mobilizaseră anterior individul), ea poate fi şi expresia unor circumstanţe patologice. Astfel, dezangajarea depresivului este legată de incapacitatea acestuia de a face proiecţii în viitor, ca şi de prăbuşirea nivelului timic. Absenţa unui tonus suficient, prezenţa depresiei, distrofiei sau ambivalenţei şi a marilor tulburări voliţionale (abulie, disabulie sau parabulie) fac din dezangajarea schizofrenului un eveniment cvasiconstant. În acest context, dezangajarea reprezintă un indice de prognostic negativ al acestei afecţiuni, conducînd la izolarea şi desocializarea subiectului.

O altă modalitate de manifestare a dezangajării o reprezintă atitudinea pe care o adoptă personalitatea structurată dizarmonic odată cu apariţia unor beneficii secundare rezultate din boală.

Demisionînd din condiţia sa axiologică, subiectul demobilizează resursele sale voliţionale, instalîndu-se într-un rol social inferior şi într-un statut pentru care se supramotivează. Această disociaţie motivaţională şi absenţa dorinţei de reintegrare socio-profesională, uneori şi familială, pot fi considerate un tip evolutiv defavorabil, nu sub aspectul prognosticului medical, ci sub cel social. Toxicomanii suferă un fenomen asemănător, care se desfăşoară însă cu evoluţie mai rapidă şi cu interferenţe majore psihiatrice.

În cazul nevroticilor, se poate înregistra fenomenul de dezangajare cu caracter remitent sau permanent, ca o consecinţă a absenţei sentimentelor de „plenitudine, de reuşită, de împlinire prin coincidenţă între plan şi acţiune" (PAMFIL şi OGODESCU), precum şi a replierii spre propria suferinţă personală. Autorii anterior citaţi arată că decăderea persoanei nevrotice poate merge de la ineficienţă şi demisie socială pînă la sistarea activităţii. Dezvoltările nevrotice care însoţesc suferinţele somatice cronice, în special pe

Scanned with OKEN Scanner

cele care modifică nivelul de viață anterior al subiecților sînt urmate de apariția fenomenului de dezangajare, de amploare supradimensionată în raport cu restrîngerile reale ale relațiilor și activității, impuse de boala propriu-zisă.

294. **DEZECHILIBRAT / DEZECHILIBRAȚI** (dez- ; echilibru : cf. lat. *aequilibrium*) ● Termen care, în sens general, exprimă lipsa echilibrului caracterial, această lipsă fiind apropiată în mod empiric de prezența unei tulburări mintale. În psihiatrie, termenul este mai puțin ambiguu, restrîngîndu-și sfera de definiție la domeniul incert al psihopatologiei. Psihiatria franceză folosește și astăzi acest termen.

Istoria termenului începe odată cu teoria și clasificările lui MOREL care unifică în sfera lui mania fără delir, monomaniile afective și instinctive ale lui ESQUIROL, moral-insanity a lui PRITCHARD, nebunia morală și delirul de act sau nebunia caracterială a lui GEORGET.

V. MAGNAN dă o nouă definiție degenerării și adoptă o nouă clasificare, susținînd că toate simptomele psihice ale degeneraților ereditari evoluează pe fondul dezechilibrării mintale. El va împărți tulburările mintale în accidentale și constituționale, iar pe acestea din urmă în dezechilibre cu degenerescență și dezechilibre simple. Această epocă este dominată de ideea că echilibrul este rezultatul adaptării, iar dezechilibrul provine din perturbarea funcțiilor de sinteză de la nivel vegetativ, afectiv sau psihic.

ARNAUD va considera (1903) în grupa dezechilibraților toți acei indivizi cu o constituție mintală defectuoasă, ereditară sau nu. În acest sens, dezechilibrul este raportat la întreaga sferă psihică, în special la domeniul moral și caracterial, și considerat ca instalîndu-se din copilărie. Conceptul de dezechilibru va suferi remanieri în lucrările lui DUPRÉ, DELMAS și BOLL. Concepția constituționalistă a școlii franceze va suferi, de asemenea, modificări, ca urmare a dezvoltării noțiunii de personalitate psihopatică, apărută în opera kraepeliană (1904) și reluată ulterior, din diferite perspective, de întreaga școală germană și mai ales de K. SCHNEIDER. VERCIER, referitor la conceptul de dezechilibru mintal, consideră că el poate fi luat în considerație numai ca o tendință pe un teren predispus. Astfel, el va descrie: dezechilibrul mintal constituțional cu instabilitate socială, excitabilitate și tulburări de caracter ; dezechilibrul emotiv cu reacții psihogene ; dezechilibrul cu tendințe obsedante și schizoide. El va stabili totodată și serii de criterii negative (infantilism, superficialitate în judecăți, lipsa autocriticii, dizarmonie între diferitele facultăți ale sintezei mintale, absența controlului superior asupra reacțiilor afective — emoțiilor și instinctelor) și criterii pozitive (instabilitate psihomotorie, sugestibilitate, predispoziție impulsivă delirantă sau confuzională, inadaptabilitate socială).

Ultima delimitare va fi făcută de MOREL, care va încerca să degajeze dezechilibrul de tulburările mintale, încercînd să-l definească cantitativ, în termeni de prea mult sau prea puțin. DAUMEZON afirmă că dezechilibratul pune mai mult decît orice alt bolnav probleme morale, de moravuri, de poziție în societate, iar TRILLAT, echivalînd termenul de dezechilibrat cu cel de personalitate psihopatică (1968), afirmă că cele două caractere distinctive ale dezechilibrului sînt inserția socială precară și faptul că, fără să prezinte tulburări mintale sau deficit de inteligență cu caracter clinic, nu poate fi considerat ca subiect normal.

295. **DEZECHILIBRU PSIHIC** ● Lipsa de armonie a vieții psihice, a personalității în manifestările sale, datorată unor trăsături sau configurații de trăsături exacerbate pînă la patologic. Se manifestă comportamentul prin instabilitate, impulsivitate, tulburări atitudinale, perturbare a sistemului de valori, în special a valorilor morale. În limbajul comun „dezechilibrul psihic" înseamnă boală mintală. Psihiatrii îl leagă de termenul folosit de autorii de limbă franceză (→ DEZECHILIBRAT/DEZECHILIBRAȚI), care, după o lungă istorie de transformări conceptuale, ajunge să fie identificat astăzi cu cel de psihopatie, de structură dizarmonică a personalității. În această ultimă accepțiune (TRILLAT, 1968), dificultatea de adaptare la mediul social și favorizarea delincvenței reprezintă rezultatul scăderii pînă la dispariție a simțului moral, fără coexistența vreunui deficit în sfera inteligenței (oligofrenie, demență) sau de ordin psihopatologic (delir).

Manifestat încă din copilărie, dezechilibrul psihic este supus într-un grad considerabil influențelor educaționale negative, determinate de absența unui părinte, de un climat familial traumatogen și insecurizant, de lacune în exercitarea autorității părintești sau în realizarea unei strînse legături afective între copii și părinți, dificultăți de identificare→DEZECHILIBRAT/DEZECHILIBRAȚI ; DIZARMONIE ; PSIHOPATIE.

296. **DEZGUST** — cura — sin. AVERSIUNE CONDIȚIONATĂ ● Procedeu terapeutic, care poate fi încadrat în categoria psihoterapiilor

Scanned with OKEN Scanner

comportamentale și constă în elaborarea și întărirea unui reflex condiționat negativ față de un comportament, rolul lui fiind acela de a determina diminuarea acelui comportament ca frecvență și intensitate. Se aplică în tratamentul unor toxicomanii, deviații sexuale, nevroze motorii, dar în special în etilismul cronic. Se urmărește obținerea reflexului condiționat negativ la ingestia de alcool. Bolnavului i se administrează o anumită substanță după care consumul de alcool provoacă o stare generală proastă, cu greață și vărsături violente și fenomene vegetative intense: eritem, valuri de căldură, transpirații, chiar lipotimii. Repetarea probelor de aversiune are rolul de a determina apariția dezgustului și a fenomenelor neurovegetative la simpla vedere sau la mirosul de alcool. Dintre substanțele care pot fi utilizate pentru a induce aversiunea față de alcool se citează clorhidratul de apomorfină, cărbunele animal, rodanatul de potasiu, disulfiramul, metronidazolul.

297. **DEZINHIBITORI** (*dez-*; inhiba: cf. lat. *inhibere* „a reține, a opri, a împiedica") ● Substanțe psihotrope care au proprietatea de a produce dezinhibiția sferei afectiv-voliționale. În această categorie intră substanțele care pot produce efectul cathartic din subnarcoza barbiturică, la acestea adăugîndu-se, după 1961, o parte din neuroleptice, cu acțiune asupra „atimiei-apatiei" (PICHOT). Acest efect dezinhibitor al neurolepticelor constă în ameliorarea contactului și reintcarcerea la relațiile cu ceilalți, reluarea inițiativei proiectelor, reapariția vivacității și continuității mișcării, animarea fizicromiei (AUBRÉE, BOULENGER, CHEVALIER și PLAS). Alți autori neagă faptul că ar exista un efect dezinhibitor specific, legîndu-l de o ameliorare globală a stării subiectului, diversele produse neuroleptice avînd în clinică efecte echivalente în ansamblu (MAY, LEHMANN, COHLE, PLATZ, KLETT) și chiar un mecanism comun de acțiune.

VAN PUTTEN, PRIEN, DELAY și DENIKER arată că există un paralelism între efectele dezinhibitorii și sindromul hiperkinetic neuroleptic. Apariția bislepticelor, care au, după majoritatea autorilor, un efect dezinhibitor mai marcat, ar pleda în favoarea unei specificități de acțiune dezinhibitorie, chiar dacă acest concept nu este pe deplin lămurit.

298. **DEZINTERES** (*dez-*; interes: cf. lat. *interest* „interesează, privește") ● Lipsa unei motivații (a interesului) în relația dintre subiect și obiecte materiale, sociale sau spirituale din mediul înconjurător. Se manifestă prin scăderea rezonanței emoționale, a curiozității și a mobilității psihomotorii față de un anumit obiect, persoană, relație sau față de tot ceea ce-l înconjoară. Are drept cauză o diminuare a motivației sau faptul că obiectul care a avut caracterul de „interesant" nu mai are calități capabile să satisfacă motivațiile respective. Pendularea între interes-dezinteres este mai rapidă și considerată în limitele normalului la copii.

Maturizarea presupune modelarea acestei oscilații în funcție de mediul social din care face parte individul. Societatea contemporană, mai mult ca oricare altă epocă istorică anterioară, are o dinamică vie și presupune o adaptare suplă și adecvată a componentelor psihologice marcate prin oscilația între interes-dezinteres în cazul fiecărui individ. Personalitățile dizarmonice instabile și cele hipertime au însă o dinamică mai mare decît normalul în ceea ce privește această oscilație, cuprinzînd toate sferele personalității. Dezinteresul se generalizează, cu dispariția aproape a oricărui interes, în cazul depresiilor melancolice, al schizofreniilor și, într-o măsură mai mică, al personalităților dizarmonice de tip schizoid.

299. **DEZINTOXICARE** (*dez-*; intoxica: cf. gr. *toxikon* „otravă") ● Complex de metode terapeutice care se referă, în general în medicină, la îndepărtarea unui toxic pătruns în organism (accidental, voluntar, profesional, în scop criminal) și neutralizarea sa. Măsurile de dezintoxicare, care au tangență cu sfera psihiatriei, se impun în situația intoxicațiilor acute voluntare (medicamente — mai ales psihotrope, substanțe caustice, fungicide etc.) și în cadrul toxicomaniilor, cel mai frecvent alcoolismul. Dacă prima ipostază este de competența spitalului clinic de urgență, cea dea doua revine în sarcina serviciilor de psihiatrie — unități cu paturi, dotate cu aparatură și medicamente necesare măsurilor de terapie intensivă. Amploarea demersurilor psihoterapeutice și biologice care se aplică alcoolismului cronic a făcut să se vorbească de „cura de dezintoxicare", în sensul corectării tulburărilor metabolice apărute în cursul perioadei de sevraj și deci al anihilării efectelor toxice ale alcoolului. În vederea sporirii eficienței terapeutice, cura de dezintoxicare propriu-zisă va fi urmată de cura de dezgust (metodă de provocare a intoleranței condiționate la băuturi alcoolice) și de ceea ce se numește terapie de postcură

Apare evidentă de la început necesitatea absolută a unei bune relații psihoterapeutice între bolnav și medic, în care cooperarea

Scanned with OKEN Scanner

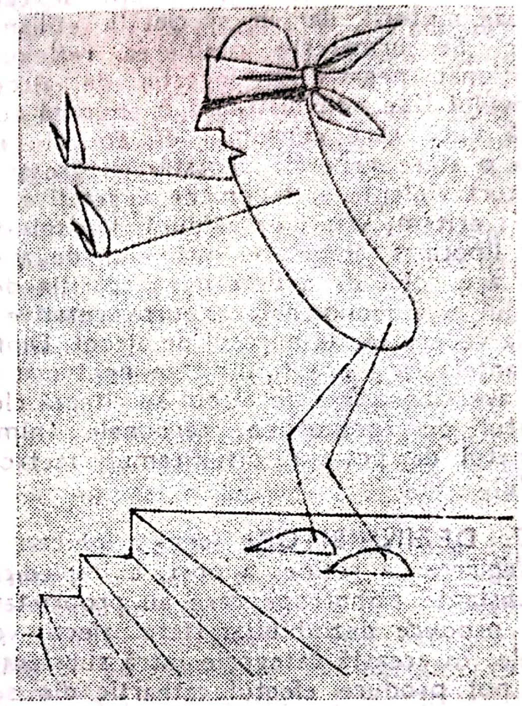
primului reprezintă condiţia de bază a reuşitei întregului complex terapeutic destinat alcoolicilor cronici. Concomitent cu tratamentul sevrajului (abstinenţa absolută, sedative, tranchilizante, neuroleptice de tipul clorpromazinei, hipnotice şi ortotimizante), al complicaţiilor hepatice (regim igieno-dietetic, hidrolizate hepatice, steroizi anabolizanţi), cardiovasculare (cardiotonice, reglatoare ale vasomotricităţii) şi de la nivelul sistemului nervos periferic (vitamine din grupa B, vitamina C şi PP, stricnină subcutan în doze progresive), înlăturarea efectelor toxice ale alcoolului şi metaboliţilor săi va consta din administrarea masivă de vitamină B_1, vitamina B_6, vitamina B_2, vitamina PP.

Aceste măsuri au drept scop corectarea importantelor carenţe metabolice şi reinstalarea unui echilibru hidroelectrlitic şi vitaminic, care să permită trecerea la aplicarea curei de dezgust, de intoleranţă sau de sensibilizare la alcool.

300. DEZINTRICARE(A) PULSIUNILOR ⟶ INTRICARE/DEZINTRICARE.

301. DEZINVESTIRE (*dez-* ; cf. lat. *investire* „a îmbrăca") • Termen aparţinînd punctului de vedere economic al teoriei psihanalitice, semnificînd retragerea energiei psihice investite într-o reprezentare, un obiect etc. Reprezintă substratul economic al refulării. Reprezentările înainte admise în sistemul preconştient-conştient par a fi legate prin lanţuri asociative de pulsiunea refulată, fiind dezinvestite. Energia disponibilă este contrainvestită în formaţiuni defensive (⟶CONTRAINVESTITE ; INVESTIŢIE ; SUPRAINVESTIŢIE). Fenomenul este întîlnit în narcisism, unele dispersii, schizofrenie.

302. DEZORIENTARE (cf. fr. *désorienter*) • Simptom psihopatologic caracterizat prin pierderea capacităţii individului de a-şi reprezenta situaţia în timp (dezorientare temporală) sau în spaţiu (dezorientare spaţială), de identificare a propriei persoane şi a propriei scheme corporale (dezorientare autopsihică) sau identificare a celorlalţi (dezorientare alopsihică). Acest simptom apare la deficienţi mintali (oligofreni) şi demenţi sau însoţeşte, ca urmare firească, tulburările amnestice anteroretrograde din sindromul Korsakov, unde apare ca „fragmentare a infrastructurii temporo-spaţiale a personalităţii" (A. GUES) Se întîlneşte în presbiofrenie unde, printr-o telescopare a amintirilor, subiectul trăieşte ca actual un moment, o perioadă trecută a existenţei sale (delir ecmnestic). Mai apare ca un corolar al delirului şi depersonalizării. Spre deosebire de delirantul (de obicei, paranoid), care ia familiarul drept nefamiliar şi se crede într-un loc şi în situaţii străine, confuzivul ia nonfamiliarul drept familiar. Dezorientarea spaţială poate fi un semn diagnostic



pentru leziuni parieto-occipitale prin confuzie dreapta-stînga, agnozii elective cu tulburări de schemă corporală, acalculie spaţială (în cadrul sindromului Gertsmann, subiectul nu mai cunoaşte locul cifrelor) ; bătrînul confuz vagabondează neintenţionat pentru că şi-a pierdut simţul de orientare, iar în spital nu-şi mai recunoaşte patul etc. Agnozia spaţială se referă la o tulburare a percepţiei spaţiale (frecvent limitată la un hemicîmp), cu pierderea absolută sau relativă a posibilităţii de localizare a obiectelor, de comparare a dimensiunilor şi pierderea viziunii stereoscopice. Uneori dezorientarea temporo-spaţială este mai discretă, necesitînd întrebări suplimentare pentru a o depista (referitoare la date, planul locuinţei proprii, al cartierului în care locuieşte sau povestirea unor succesiuni de evenimente). Analiza şi interpretarea acestui simptom evidenţiază nu numai tulburarea aspectului concret de măsurare a timpului cronologic şi a spaţiului obiectiv, ci şi o tulburare a „timpului şi spaţiului trăit" (H. EY), a derulării timpului şi a reprezentării spaţiale a experienţelor psihice. H. EY consideră că semiologia timpului şi spaţiului trăit trebuie alăturată semiologiei afectivităţii elaborate a sentimentelor (de regret, nostalgie, plictiseală sau nevoie de singurătate), fiind o dimensiune

Scanned with OKEN Scanner

a psihopatologiei morbide de influență, de ecou al gîndirii, de furt al gîndirii etc.

303. **DEZUMANIZARE** (dez- ; fr. *humaniser* : cf. lat. *humanus* „omenesc") — sin ANIMALIZARE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ABRUTIZARE.

304. **DEZVOLTARE** ● Proces de transformare progresivă și continuă, de la inferior la superior, avînd drept etapă finală obținerea stării de funcționalitate optimă a organismului sau maturitatea. Deși dezvoltarea este un proces continuu, nu înseamnă că este și liniar. După BOGDAN și STĂNCULESCU (1970), pe parcursul dezvoltării au loc importante modificări calitative, în cadrul cărora vechile tipuri de comportament, fără să dispară complet, se transformă și se restructurează în așa fel, incît fac posibilă apariția unor noi forme comportamentale. Dezvoltarea este influențată de doi factori principali : ereditatea și mediul. Fiecare dintre acești factori exercită o acțiune specifică. Prin ereditate se transmit de la ascendenți la descendenți mai ales unele caracteristici somatice, dar, într-o anumită proporție, și anumite particularități temperamentale. De asemenea, în legătură cu ereditatea sînt puse și predispozițiile naturale, fără însă ca acestea să constituie un dat fix și imuabil, fiind în mare măsură influențate de mediu. Acesta, la rîndul lui, influențează dezvoltarea pe de o parte prin interacțiunea socială determinată de legăturile dintre copil și membrii familiei sale (sau alte persoane mai mult sau mai puțin apropiate), iar pe de altă parte, prin mijloace de transmitere a unor informații ca : radio, presă, televizor. Copilul își dezvoltă anumite forme de comportament prin observarea și imitarea persoanelor din grupul său, dar și prin intermediul unor influențe culturale : tradiții, opere artistice sau științifice. Acțiunea specifică a eredității sau mediului asupra dezvoltării este depășită însă de influența exercitată de interacțiunea dintre ele. Interacțiunea ereditate-mediu determină fundamental dezvoltarea umană. Ea este cel mai bine ilustrată de studiile și experimentele făcute pe gemeni. Aceste studii au constatat că indivizi cu o zestre ereditară identică dar crescuți în medii social-culturale diferite se diferențiază clar în privința trăsăturilor de personalitate. Problema dezvolătrii a fost studiată din numeroase puncte de vedere, fără să se ajungă la un consens unanim.

Dacă în primele decenii ale secolului s-a bucurat de un larg interes teoria dezvoltării psihosexuale elaborată de FREUD, cu mult discutatele ei etape, astăzi ea însăși nu mai este privită decît ca o etapă în drumul neintrerupt spre cunoaștere. Studiilor asupra dezvoltării, cu multă poezie și puțină precizie, li se opun standardele pragmatice bine verificate, în care orice întîrziere poate fi indicatorul unui handicap mintal.

După NUTCHISCW, COCKBURN și FORRESTER (1986), elementele de etapă ale dezvoltării copilului ar fi următoarele :

- **săptămîna a 4-a :**
  - extensia capului spre spate cînd se ridică copilul din poziția culcată în poziția șezîndă ;
  - curbura coloanei vertebrale cînd copilul este ținut așezat ;
  - prehensiunea reflexă a obiectului care i se plasează în palmă ;
  - reacționează la zgomote puternice și bruște ;
  - suge cu putere ;
- **săptămîna a 8-a :**
  - diminuarea extensiei capului spre spate la trecerea în poziție șezîndă ;
  - în poziție șezîndă, curbura coloanei este mult diminuată, iar extensia capului spre spate apare doar accidental ;
  - reflexul de prehensiune slab sau absent ;
  - schițează surîs ; vocalizează cînd i se vorbește ;
  - urmărește obiectele cu ochii și întoarce capul ;
- **săptămîna a 12-a :**
  - în poziție șezînd își menține capul drept;
  - ținut așezat, spatele este aproape drept; capul practic stabil ;
  - ține un moment obiectul care i se pune în palmă ;
  - își privește mișcările mîinilor ;
  - întoarce capul în direcția zgomotului ;
  - iți recunoaște biberonul plasat în fața ochilor ;
- **6 luni :**
  - ridică capul de pe pernă ;
  - cînd este așezat rămîne în poziția respectivă, fără sprijin ;
  - se întoarce singur pe burtă ;
  - ține biberonul, apucă obiectele care-i sînt oferite ;
  - bea din ceașcă ;
  - trece obiectul dintr-o mînă în cealaltă ;
  - reacționează la auzul numelui său ;
  - ținut în picioare își lasă greutatea pe ele ; poate să-și flecteze gleznele și să le ridice ;
  - devine interesat și de picioare și începe să și le privească ;
- **12 luni :**
  - înțelege ordine simple ;
  - poate trece din decubit dorsal în poziție așezat ;

- se ridică în picioare agățat de barele patului;
- merge ținut de mînă sau sprijinindu-se de mobile;
- pronunță cîteva cuvinte recognoscibile;
- arată cu degetul obiectele dorite;
- se joacă, aruncînd obiectele în afara țarcului;

● 15 luni:
- mers legănat, nesigur, cu picioarele îndepărtate; cade la schimbări de direcție;
- se ridică singur în picioare;
- primele încercări necoordonate de a mînca cu lingurița;
- se joacă cu cuburile, așezîndu-le unele peste altele;
- nu se suportă ud și reacționează;
- duce jucăriile la gură;
- dă dovadă de curiozitate (deci trebuie protejat împotriva pericolelor ce pot surveni);

● 18 luni:
- poate să urce o scară ținut de mînă sau ținîndu-se de balustradă;
- poate merge ducînd sau trăgînd jucării;
- poate arunca, fără să cadă, o minge;
- poate identifica la cerere trei sau patru părți ale corpului;
- anunță cînd are nevoie să meargă la toaletă;
- poate ridica o ceașcă și să bea fără a o vărsa;
- mănîncă singur cu lingurița aproape fără să se murdărească;
- poate identifica 3—5 obiecte sau animale dintr-o carte cu imagini;

● 2 ani:
- merge cu siguranță, pășind pe toată talpa, poate evita obstacole;
- poate lovi o minge cu piciorul fără să se dezechilibreze;
- poate urca scara, se ține de balustradă cînd coboară;
- deschide ușile;
- enunță fraze scurte — vocabular de 50 de cuvinte;
- mănîncă cu lingurița fără să se murdărească;
- își poate îmbrăca anumite obiecte vestimentare;
- are nevoie de supraveghere constantă;
- se mai udă noaptea doar dacă nu este pus pe oală înainte de culcare;

● 3 ani:
- urcă scara cu un picior pe fiecare treaptă;
- se spală și se șterge pe mîini sub supraveghere;
- mege pe tricicletă;
- poate desena la cerere capul, trunchiul și una-două alte părți ale corpului;
- numără pînă la zece;
- comentează un desen;
- pune frecvent întrebări;
- ascultă povești și le cere;
- îi place să-și ajute mama și tatăl în unele activități;
- mănîncă cu furculița și liungura;

● 4 ani:
- se poate îmbrăca și dezbrăca;
- pune întrebări fără întrerupere;
- se urcă pe scară și în copaci;
- inițiază jocuri de imitație;
- formulează fraze din proprie inițiativă, pentru a descrie o experiență recentă;
- își poate spune numele, vîrsta și adresa;
- desenează personaje cu față și extremități;
- colorează corect cu patru culori;
- se joacă cu alți copii și dorește acest lucru;
- este alternativ cooperant sau agresiv (motivat) cu adulții sau alți copii;

● 5 ani:
aleargă rapid pe vîrfurile picioarelor, sare de pe un picior pe altul;
- își poate înnoda șireturile de la pantofi;
- poate numi monedele curente;
- desenează personaje complete și recognoscibile;
- numește culorile fundamentale, colorează corect cu 10—12 culori;
- folosește corect tacîmurile;
- cooperează mai mult cu prietenii, acceptă regulile jocului;
- atitudini protectoare față de copiii mai mici și animale;
- cunoaște unele litere ale alfabetului și citește cuvinte simple.

305. **DEZVOLTĂRI PATOLOGICE (REACTIVE) ALE PERSONALITĂȚII** ● Psihogenii caracterizate (după BINDER) prin persistența factorilor psihotraumatizanți, evoluția pe o lungă perioadă (luni, ani) a simptomatologiei, afectarea cronică a funcției adaptative a psihicului (cu modificarea structurii personalității prin mecanisme prevalente). Definirea acestui cadru nosologic este o incercare dintre cele mai dificile, după sum subliniază majoritatea autorilor care s-au preocupat de delimitarea lui, el aflîndu-se la granița dintre reacții, nevroze și structuri dizarmonice ale personalității. Conceptul aparține în esență școlii germane de psihiatrie, care a făcut

Scanned with OKEN Scanner

eforturi, prin reprezentanții ei cei mai de seamă (KRAEPELIN, JASPERS, SCHNEIDER, KRETSCHMER, GRÜHLE, BINDER etc.), în circumscrierea sa la intereferența celor trei categorii nosologice menționate mai sus; el nu este recunoscut de alte școli, de exemplu cea americană, care atribuie fenomenul respectiv psihozelor endogene. Școala sovietică reprezentată pirn LISAKOVSKI, AVRUSKI, NEVUDA a întregit cadrul nosologic al dezvoltărilor, dar multitudinea și incompletitudinea opiniilor în legătură cu încadrarea nosologică constituie factori frenatori pentru obținerea unor date epidemiologice relevante.

KRAEPELIN este cel care sistematizează pentru prima oară problema patologiei de dezvoltare, prin încadrarea homilopatiilor și simpatopatiilor în cadrul patologiei reactive. K. JASPERS definește în mod fundamental conceptul de dezvoltare prin criteriul intensității, al structurii și al constituției psihice.

În ceea ce privește etiopatogenia, în sinteza pe care o realizează asupra dezvoltărilor patologice, PAULEIKHOFF și MESTER incriminează o diversitate de factori: ereditari (care se află o bună perioadă de timp în faza latentă și își găsesc exprimare la vîrsta adultă), prezența unor suferințe somatice, a unor influențe de ordin psihosocial — toți acești factori putînd duce la dezvoltări, dar și la favorizarea unor decompensări patologice ale personalității psihopatice (dizarmonice).

După cum sublinia și E. BLEULER, sînt puține informații pînă în prezent care să ofere o explicație edificatoare a acestei patologii „de graniță". BRÄUTIGAM, luînd drept exemplu nevrozele, menține aceeași teorie a „stării conflictuale", valabilă în cazul dezvoltărilor simple din clasificarea lui BINDER. Luînd în considerare posibilitatea punerii în evidență a momentului cauzal, deci a influenței pe care o exercită factorii de mediu, dezvoltările patologice s-ar apropia mult de cadrul psihopatiilor (dezvoltările dizarmonice ale personalității), în ambele cazuri fiind clar „rolul important pe car-l joacă experința trăită asupra structurii" (K. SCHNEIDER). Deși tablourile clinice sînt marcate de o bogată varietate a intensității trăirilor individuale, ca și a coloraturii legate de temperamentul și afectivitatea fiecărui subiect în parte, comună este „lipsa mijloacelor de apărare" (KRAEPELIN) a psihismului în ansamblul său care, pe parcursul evoluției îndelungate, își pierde din calitățile integrative, afectînd negativ personalitatea, paralel cu persistența traumei generatoare.

Legătura strînsă între structurarea psihică și condițiile ambientale nu mai este astăzi contestată de nimeni. Factorii psihosociali interacționează strîns cu factorii biologici (boli, alterarea integrității psihice sau somatice) și psihologici (psihotraume). Perioadele de vîrstă reprezentate de pubertate și involuție par a constitui factori favorizanți în apariția dezvoltărilor patologice reactive, iar sexul poate, într-o oarecare măsură, să dea o nuanță distinctă tabloului clinic referitor la profesie, performanțe fizice sau intelectuale (la bărbați), respectiv la dificultățile survenite în viața familială (la femeie); perioadele critice din timpul căsătoriei sau al vieții de familie reprezintă momente dificile pentru ambele sexe.

K. JASPERS, KRETSCHMER, BINDER au adus contribuții esențiale la înțelegerea dezvoltării patologice, prin sublinierea următoarelor aspecte:

- existența relației dintre structura premorbidă a personalității și cea a procesului patologic (dezvoltarea ontogenetică a personalității și oscilațiile endogene apărute în timpul acestei dezvoltări; modificările definitive determinate de procesul patologic instalat);
- scăderea în timp a inteligibilității și proporționalității odată cu creșterea intensității complexului cauzal inițial; pe prim plan se situează structura față de dinamică, realizîndu-se în mod paradoxal o „armonie" între „trăirea-cheie" și „lacătul predispozant", care la rîndul său declanșează „dizarmonia";
- personalitatea senzitivă (suspicioasă, anxioasă, nesigură, emotivă, încordată, astenică, ce nu își acceptă trăsăturile) și handicapații senzoriali reprezintă terenul de elecție pentru dezvoltări patologice;
- precizarea unor criterii de diferențiere a reacțiilor de dezvoltări (durata, stabilitatea simptomatologiei, rolul premorbidului), ultimele ocupînd de cele mai multe ori întreaga viață a subiectului, simptomatologia menținîndu-se stabilă în ciuda unor acutizări reactive.

BINDER clasifică dezvoltările patologice reactive în trei forme distincte:

- simple (răspunsul patologic al anumitor structuri de personalitate la agresiunea psihotraumatizantă a mediului — caz în care prezența unor condiții posibil de corijat poate ameliora prognosticul);
- nevrotice (răspuns patologic, prin absența refulării conflictului, la acțiunea

nefavorabilă a factorilor de mediu diferit de nevroza concepută de FREUD) ;

- paranoiace (răspuns exprimat de firul ideii prevalente, susținute de afectivitatea modificată în același sens și aflată în centrul conștiinței personalității, cu posibilitatea „dezvoltării catatime delirante").

Fiecare din tipurile de dezvoltări descrise cuprinde, în egală măsură, elemente ce aparțin categoriilor nosologice ale structurilor dizarmonice de personalitate, ale reacțiilor și nevrozelor.

PAULEIKHOFF și MESTER oferă o altă clasificare a dezvoltărilor patologice reactive ale personalității, avînd drept criteriu axul sindromologic :

- astenice (sinonime cu psihastenia descrisă de JANET) ;
- depresive (în care practic diagnosticul diferențial dintre depresia nevrotică și personalitatea depresivă este greu de făcut) ;
- isterice (aceeași dificultate de separare între nevroză, reacție și personalitatea isterică, subliniind remarca lui KRAEPELIN că „nu numai fetele și femeile suferă de isterie" ; CIOMPI observă și el amalgamarea în aceste tablouri clinice a unor tonalități speciale de tip afectiv, disforic, anxios sau hipocondriac) ;
- hipocondriace (al căror mecanism de apariție este pus de către HANSEN în relație cu tulburările de la nivelul instinctual, dublate de tendința subiectului spre autoobservație și interpretare și de dezechilibrări neurovegetative) ; GÖLLNITZ remarcă frecvența fixațiilor hipocondriace la copii ; apariția lor la vîrsta involuției este justificată de regresia personalității pe plan psihologic, cu reorientarea interesului asupra funcționalității corporale, explicînd apariția frecventă a ideilor delirante hipocondriace în tabloul psihozelor depresive de la vîrsta involuției. Personalitățile de tip psihastenic sau isteric sînt deseori ușor de recunoscut în tabloul unui asemenea tip de dezvoltare patologică ;
- paranoide (în sensul conferit de KRAEPELIN paranoiei, de care se diferențiază însă prin comprehensibilitatea delirului în cadrul existenței și personalității subiectului) ; interesantă este și observația că, spre deosebire de paranoiacul veritabil, paranoidul din dezvoltarea patologică reactivă nu intră în conflict declarat cu societatea, ci mai degrabă este un izolat social, un individ cu o capacitate săracă de contact, solicitînd rareori ajutorul medical sau social. Senzitivitatea lui KRETSCHMER poate fi considerată și ea rezultatul unui șir de frustrări pe o lungă perioadă de timp, deci un minus de contacte interumane. Astfel, delirul senzitiv de relație, cu variantele sale (delirul erotomanic al fetelor bătrîne, delirul masturbanților, delirul defectului fizic — al hipoacuzicilor, al malformaților etc.), se caracterizează prin convingerea subiectului că anumite trăiri, sentimente sau experiențe individuale pot fi cunoscute de ceilalți, o structură particulară a personalității de tip senzitiv și existența unei trăiri-cheie. În dezvoltările prevalente prin izolare socială, cu variantele sale (delirul de persecuție al surzilor și hipoacuzicilor, delirul bolnavilor cu invalidități grave), circumstanțele de apariție constau în izolarea individului într-un mediu perceput ca ostil, generator de sentimente de însingurare, înstrăinare, în imposibilitatea realizării unei cumunități, persoana izolată aflîndu-se tot timpul într-o poziție singulară, ceea ce o obligă să-și autocreeze o „pseudocomunitate" paranoidă (CAMERON), imaginea fantastică a unei reintegrări, chiar într-o poziție inconfortabilă, în grupul vizat, rezultatele descurajatoare de adaptare, afundînd tot mai mult subiectul în izolarea sa.

În ceea ce privește diagnosticul diferențial, acesta trebuie să ia în discuție caracterul reacțiilor și caracterul evoluției în timp. Astfel, diagnosticul diferențial se face cu :

- nevrozele (aici evoluția este în general bună, fără modificarea structurală morbidă a personalității) ;
- psihozele schizofrenice de tip hebefrenic sau în stadiu defectual (prezența „procesului" jaspersian) ;
- psihozele paranoide și afective (diagnosticul diferențial este mai dificil de făcut, lipsește trăirea-cheie, în timp evoluția își spune cuvîntul ;
- simulația (prezența unui mobil, avantaj) ;
- afecțiunile somatice însoțite de tablouri psihice, unde examenele paraclinice constituie un criteriu esențial pentru diferențierea de dezvoltările hipocondriace.

Evoluția este cronică, marcată de acutizări și ameliorări, prin asimilarea modificărilor de personalitate ca tolerabile de către grup și subiect ; afectează vîrsta activă a adultului, determinînd un grad important de invaliditate (în special în cazul dezvoltărilor hipocondriace și a celor prevalente prin izolare socială) ; factorii de mediu, socioculturali și iatrogeni joacă un rol important în prognosticul acestor afecțiuni, în unele cazuri mai bun decît în cazul dizarmoniilor de personalitate, la care reversibilitatea tulburărilor nu este posibilă, ci doar compensarea lor.

Tratamentul este deosebit de dificil, cu unele șanse de succes doar pentru perioadele de acutizare, punînd în mare dificultate de competență și timp atît pe psihiatru cît și pe medicul generalist (la care se adresează, după statisticile americane, 50% din pacienții cu acuze hipocondriace) ; psihoterapia individuală are rezultate slabe, iar cea de grup se poate încerca în cazul subiecților izolați social.

306. **DH-ERGOTOXIN**(M) Cehoslovacia sin. → HYDERGIN(M) Elveția.

307. **DIA-** (cf. gr. *dia* „prin, între, peste") ● Element de compunere, exprimînd semnificația de „prin, peste, între".

308. **DIABET INSIPID** (cf. gr. *diabetes* „diabet") ● Afecțiune manifestată clinic prin poliurie cu izostenurie, sete imperioasă, polidipsie secundară, uneori deshidratare, tulburări psihice la care se adaugă semnele bolii de bază (inclusiv cele neurologice).

În funcție de mecanismele etiopatogenice incriminate, se diferențiază diabetul insipid hipotalamic, prin deficit de sinteză și/sau eliminare de hormon antidiuretic, și diabetul insipid nefrogen, în care se constată o lipsă de răspuns renal la acțiunea hormonului antidiuretic (ADH, vasopresina). Ambele tipuri de diabet insipid pot fi ereditare sau dobîndite. Formele dobîndite au o etiologie complexă, în cadrul căreia pot fi enumerați factori tumorali, infecțioși, medicamentoși. Terapia cu săruri de litiu poate produce diabet insipid nefrogen prin acțiunea inhibitoare asupra sistemului adenilciclază-adenozinmonofosfat ciclic implicat în reabsorbția tubulară de apă sub acțiunea ADH. Se menționează, de asemenea, o creștere a concentrației de ADH în psihozele acute (DA COSTA). Tulburările psihice care apar în diabetul insipid pot fi secundare bolii de bază, dar pot fi provocate și de cuplul simptomatic poliurie-polidipsie, care determină insomnii, enuzeris, astenie, hipoprosexie, iritabilitate, anxietate.

Tulburările psihice sînt dependente ca intensitate de gradul de deshidratare ; ele pot evolua de la somnolență, astenie și apatie la delir, halucinații, convlusii, culminînd cu coma instalată după un deficit lichidian major. Deshidratarea hipertonă poate determina la copii leziuni cerebrale, cu consecințe asupra dezvoltării psihomotorii. Terapia etiopatogenică sau de substituție determină amendarea tulburărilor psihice.

309. **DIABET ZAHARAT** — sin. **DIABETES MELLITUS** ● Afecțiune determinată de un deficit primar sau secundar al secreției de insulină sau de un deficit la nivelul receptorilor insulinici tisulari. Boală cu evoluție cronică, diabetul zaharat cunoaște o multitudine de factori etiologici. În funcție de criteriile etiologice și de manifestările clinice se descriu numeroase tipuri de diabet zaharat, aparținînd mai multor clasificări. Deficitul insulinic determină hiperglicemie, iar consecințele metabolice ale acesteia au un răsunet deosebit de important asupra vieții psihice. Ateroscleroza și angiopatia diabetică, asociate tulburărilor metabolice, accentuează tulburările psihice determinate de boala diabetică.

Boală cronică, greu tolerată, diabetul zaharat impune subiectului numeroase restricții și o modificare complexă a modului de viață (dependență de medic, dietă alimentară), ceea ce favorizează apariția tulburărilor psihice. Se evidențiază frecvent astenie, apatie, abulie, tulburări ale activității instinctuale, tulburări hipnice, iritabilitate, tulburări afective (depresie însoțită de anxietate). În formele grave ale bolii și, mai ales, în encefalopatia diabetică se descriu episoade stuporoase, care pot alterna cu agitație psihomotorie. POROT descrie următoarele posibile reacții ale pacienților față de boala diabetică :

- atitudine de dispreț față de boală, manifestată prin lipsă de disciplină, atitudine periculoasă prin consecințele dramatice posibile, datorate apariției complicațiilor ;
- atitudinea regresivă față de boală, care impune subiecților o dependență exagerată față de medic și față de familie, aceștia avînd „datoria" de a-i proteja, ajuta, îngriji ;
- atitudine competitivă, perfecționistă, meticuloasă, subiecții concentrîndu-și întreaga activitate asupra bolii. Senti-

Scanned with OKEN Scanner

mentul de inferioritate determină adoptarea unor ritualuri cu tentă obsesională, iar fragilitatea psihică face ca orice eșec sau complicație apărută pe parcurs să fie urmată de o reacție depresivă exagerată.

În numeroase cazuri se constată însă aspecte intermediare, cei mai mulți subiecți adaptîndu-se la această afecțiune. Această adaptare este facilitată astăzi de numeroasele posibilități de investigație necesare prevenirii complicațiilor și de progresele terapeuticii.

În ceea ce privește personalitatea diabeticului, tot POROT apreciază, pe bună dreptate, că nu se poate vorbi de o specificitate psihopatologică în ceea ce privește afecțiunea diabetică, particularitățile personalității acestor subiecți nefiind diferite de cele întîlnite în cadrul altor afecțiuni psihosomatice. Corelația diabet-afecțiune psihică presupune mai curînd influențe somato-psihice decît psihosomatice. Este însă evident rolul declanșator sau agravant, pe care-l au situațiile stresante, emoțiile puternice etc. Este de asemenea de menționat rolul factorilor iatrogeni, care pot influența starea psihică (mai ales în cazul unor particularități ale personalității diabeticului), precum și efectele psihice ale supradozării insulinice, care poate determina grade variabile de afectare cerebrală.

Diabetul și psihosomatica. Teza unei psihogeneze a diabetului zaharat este privită cu circumspecție de majoritatea autorilor, astfel că existența unui diabet zis „emoțional" este acceptată de unii autori și negată de alții. Traumatismul psihic reprezentat de apariția bolii diabetice, angoasa morții imediate pot reactiva tulburări psihice în al căror determinism are un cuvînt greu de spus structura personalității subiectului.

310. **DIACEPLEX**[M] Spania — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM[M].

311. **DIADĂ** (cf. gr. *dyas* „numărul doi, dualitate, cuplu") ● Termen care, în psihologia socială, se referă la orice relație dintre două persoane, sub raportul atitudinilor manifestate reciproc de cei doi „termeni" ai interacțiunii. Tipologic, se disting diade :

- pozitive și negative (criterii motivațional-afective și cognitive) ;
- formale și informale (criterii sociale, profesionale, juridice) ;
- dinamice și statice (criterii pragmatice).

Exemple de astfel de cupluri interpersonale sînt reprezentate de : cuplul conjugal, relația șef-subordonat, dialogul medic-pacient etc.

312. **DIADRIL**[M] Iugoslavia, R.F.G. — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

313. **DIAGNOSTIC** (fr. *diagnostic* ; cf. gr. *diagnosis* „decizie, judecată, evaluare") ● Ansamblul demersurilor clinice și de laborator efectuate în scopul de a determina precis boala de care suferă cineva, avînd drept scop instituirea unui tratament rațional și eficace în vederea restabilirii stării de sănătate.

În elaborarea diagnosticului, un rol deosebit l-a avut etapa istorică în care se afla civilizația umană, procesul fiind dependent de stadiul de dezvoltare social-economică, tehnico-științifică și culturală a etapei respective.

Inițial, stabilirea simptomului dominant și, ulterior, a sindromului clinic au reprezentat elementele principale ale diagnosticului ; simptomul observat, indiferent de bogăția descrierii, sau sindromul, *„oricît de distilat ar fi"*, nu reprezintă însă diagnostice, ci numai etape în demersul logic al stabilirii diagnosticului. *„Încercările de revitalizare a sindromologiei"* nu fac decît să aducă medicina cu 150 de ani în urmă și nu dau *„decît satisfacția"* de a putea spune mai frumos ceea ce ar fi trebuit și nu au putut-o face (obiectiv) înaintașii noștri. Pentru MARTINET, ȘUȚEANU și mulți alții, această etapă corespunde începutului secolului al XIX-lea.

Următoarea etapă a reprezentat-o diagnosticul corespunzător clasificării anatomo-clinice a entităților nosologice, care, oricît de trenantă a fost, a eșuat la mijlocul secolului trecut pentru toate specialitățile medicale ; acest eșec este însă neglijat uneori și în prezent de către cei care cer punerea în evidență a leziunii pentru a recunoaște boala sau pentru a o nega atunci cînd evidențierea anatomică a leziunii lipsește (fapt scuzabil pentru cei care procedau în mod identic, dar înainte de apariția fiziopatologiei).

Studiul funcțiilor organelor și sistemelor, urmare firească a saltului făcut de fiziologie, a permis intrarea într-o nouă etapă, care a condus nu numai la o nouă clasificare, fiziopatologică, ci și la un nou tip de diagnostic.

Precizarea cauzelor bolii a permis apariția unei clasificări etiologice și, implicit, a unui

Scanned with OKEN Scanner

diagnostic etiologic pentru marea majoritate a bolilor.

În prezent, medicului i se cere ca în elaborarea diagnosticului să nu se limiteze la nici una din etapele parcurse (în procesul de elaborare) și să coreleze aspectul clinic conferit de simptom și sindrom cu substratul anatomofiziologic, cu aspectul fiziopatologic, cu precizarea etiologiei, în strîns raport cu personalitatea, vîrsta și capacitatea restantă a organismului — elemente care conduc la o nouă etapă a diagnosticului, numit de unii autori diagnostic multiaxial.

Principalele etape de elaborare a diagnosticului sînt considerate în prezent :

- anamneza ;
- examenul clinic ;
- investigațiile paraclinice ;
- raționamentul sau integrarea datelor.

Ponderea și importanța primelor trei etape este diferită de la o specialitate medicală la alta, atît examenul clinic cît și investigațiile fiind specifice fiecăreia ; ele au însă aceeași finalitate de a furniza date cît mai numeroase și mai dense, celei de-a patra etape, a raționamentului, în care mediul pune în joc toată pregătirea, toată experiența și tot talentul său. Este etapa în care compararea (cît mai exactă) și corelațiile (cît mai numeroase, mai rapide și mai logice) își spun cuvîntul, etapa în care se face pasul de la *„percepție la interpretare"*.

314. DIAGNOSTIC ÎN PSIHIATRIE ● Elaborat după aceiași algoritmi, ca și orice alt diagnostic medical, cel psihiatric diferă și își găsește specificitate prin numărul mult mai ridicat de ecuații care trebuie rezolvate, deoarece depinde de un număr mai mare de variabile. Aceasta înseamnă nu numai un efort decizional mai mare, ci și unul de informare mai crescut.

Elaborarea diagnosticului nu este un scop în sine, ci reprezintă placa turnantă nu numai a terapiei, ci și a prognosticului și recuperării bolnavului.

Inepuizabilă în multiplele aspecte pe care le comportă, problema diagnosticului în psihiatrie se referă la cel puțin următoarele sfere de interes :

- delimitarea clinică/nosologică a entității ;
- precizarea etiologiei sau a factorilor predispozanți ;
- evaluarea particularităților sructurale ;
- răsunetul funcțional actual și de perspectivă ;
- relația bolnav-mediu social, prezentă și viitoare ;
- strategia terapeutică imediată și în timp.

Drumul de la simptom la boală nu este tocmai atît de ușor cît ar părea la o primă vedere, cu atît mai mult cu cît în psihiatrie pot exista numeroase surprize. Încă din 1845, GRIESINGER observă că „doi indivizi pot spune sau face exact același lucru, de exemplu, să exprime credința lor în influența vrăjilor sau teama de a fi pentru eternitate damnați ; observatorul care știe ce semnifică aceste lucruri îl poate declara pe unul dintre aceștia bolnav psihic, iar pe celălalt sănătos. Ceea ce face posibilă această interpretare este considerarea tuturor circumstanțelor concomitente și o experiență profesională aprofundată a tuturor formelor de boală psihică". A fi preocupat de îmbunătățirea sistemului de ventilație dintr-o hală industrială reprezintă un element normal pentru un inginer, medic igienist sau muncitor din hala respectivă ; aceeași preocupare asiduă pentru o casnică sau un pensionar, care nu au văzut în întreaga lor existență o asemenea hală, reprezintă cu totul altceva, deși obiectul preocupării este același.

Multitudinea explicațiilor valabile pentru unul și același eveniment obiectiv reprezintă o altă posibilitate cu implicații în psihiatrie : imposibilitatea cititului, scrisului sau a operațiilor aritmetice simple poate fi rezultanta deteriorării, dar și a necunoașterii acestor operațiuni dintotdeauna sau a simulației. În psihatrie, mai mult ca în orice altă specialitate, observația, oricît ar fi de fină, își pierde adevărata valoare dacă nu este circumscrisă coordonatelor sale operativ-temporale, respectiv istorico-geografice. Chiar în diagnostice care par extrem de precise, cum ar fi cel de depresie majoră, există o variabilitate transculturală impresionantă, care ar putea uimi orice neofit.

Pentru a stabili un diagnostic în psihiatrie este necesară o multiplă corelare a datelor anatomice, semiologice, sindromologice și a informațiilor auxiliare (biologice, psihologice, sociologice), în limitele următoarelor elemente majore :

- personalitatea bolnavului ;
- vîrsta cronologică și biologică a acestuia ;
- starea de sănătate somatică ;
- inferențele sociale.

Corelarea fiecărui element diagnostic cu aceste puncte de referință trebuie urmată de corelarea finală a elementelor simptomatologiei, în scopul obținerii acelei ordini semnificative care să constituie elaborarea diagnosticului. Această etapă, dacă respectă condițiile arătate anterior, va satisface exigențele unor autori (MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, COHEN, ROBINS, GUZE, FEIGNER etc.), care atrag

atenția asupra faptului că diagnosticul nu este o etichetare nosologică, ci o judecare complexă, cauzală. Corectitudinea diagnosticului este în raport cu relația complexă personalitate-somă-vîrstă-mediu, fără de care nu ar avea decît un caracter fragmentar (C. GORGOS și colab., 1985). După acești autori, demersul complet trebuie să depășească faza sindromologică, care are numai valoarea unei ipoteze de lucru, grupînd într-o dispoziție semnificativă datele care vor fundamenta diagnosticul.

Cuplul patogenic agent cauzal-teren se află în psihitrie într-o întrepătrundere atît de pronunțată, încît alcătuiește o ecuație cu un număr practic infinit de soluții. Ignorarea dimensiunii personalității lipsește diagnosticul de „culoarea" individuală, plasîndu-l într-o banalitate evident inoperantă. Dacă nu este corelat cu vîrsta, diagnosticul poate ignora adesea o aparentă normalitate fiziologică, constituind ea însăși o pseudopatologie (așa cum se întîmplă în criza de adolescență, în climax, la vîrste foarte înaintate etc.). În sfîrșit, factorii socio-culturali, sistemul de credințe și opinii (analizat la rîndul său și în funcție de capacitatea individului de a înțelege lumea, de nivelul său intelectual), au un rol determinant în stabilirea coordonatelor diagnosticului. Aceeași analiză se poate face desigur pentru fiecare din principalele puncte de referință și detalia în mod particular, ceea ce pune o dată mai mult în evidență dificultățile prin care trece psihiatrul în elaborarea diagnosticului.

JASPERS sublinia că, deși diagnosticul încearcă să facă ordine în haosul fenomenologiei psihopatologice, el nu trebuie să devină o cale de îndepărtare de demersul comprehensiv al acesteia, „un cerc vid în care fenomenele intră prea puțin". Se pune întrebarea : cum poate diagnosticul să răspundă, pe de o parte, exigențelor unui sistem nosologic, limitat ca orice clasificare finită, iar, pe de altă parte, necesității de a rămîne flexibil, adaptat fiecărui individ în parte (psihiatria fiind prin excelență o medicină a bolnavului și nu a bolii), fiind totodată cuantificabil, oferind deci posibilitatea unor comparații și studii epidemiologice ?

O posibilă soluție, în etapa actuală de dezvoltare a psihiatriei, pare să fie așa-numitul diagnostic multiaxial, care conține în formulare date precise referitoare la o configurație de axe direcționate de un anume parametru (fenomenologie clinică, etiologie, inserție, evoluție, tipologie, personalitate etc.). Această modalitate este de fapt singura care poate oferi psihiatrului șansa de a aborda problema diagnosticului. Principalele tipuri de diagnostice multiaxiale, prezentate în tabelul care urmează, demonstrează nu numai interesul larg pe care problema îl suscită, ci și faptul că aceste preocupări „moderne" au depășit un sfert de veac

Tabel nr. XLVIII

Autorul / Axa	Fenomenologie	Etiologie sau factori asociați	Adaptare funcțională sau alte caracteristici	Evoluție
1	2	3	4	5
LEME-LOPES 1954	• sindromul • personalitate premorbidă	• constelație etiologică		
ESSEN MOLLER 1961	• sindrom specific • sindrom generic	• etiologie		
WING 1970	• condiție psihiatrică • subnormalitate mintală	• cauze organice sau psihogenetice • boli adăugate sau alte deficite		

Tabelul XLVIII (continuare)

1	2	3	4	5
OTTOSON și PERRIS 1973	• simptomatologie	• etiopatogenie — somatogeneză — psihogeneză — multifactorială — criptogeneză	• severitate — sănătate aparentă — nonpsihotică — psihotic — ocazional psihotică	• episodică • periodică • cronic stabilă • cronic progresivă
HELMCHEN 1975	• simptomatologie	• etiologie — factori dispoziționali — factori precipitanți — factori stabilizatori	• intensitate • certitudine	
STRAUSS 1975	• simptome	• factori asociați — stres — boli somatice — abuz de droguri	• relații personale • adaptare profesională	
SADOUN 1976	• diagnostic de referință • nivel intelectual • tulburări asociate	• factori etiologici		
Von CARNACH 1977	• simptomatologie • tulburări de personalitate	• etiologie — biologică — psihosocială		• acuratețea episoadelor • tipuri de evoluție : — episodică — intermitentă — cronică
KREYSSIG 1978	• nosologică • sindromologică	• somatică • sociodinamică • psihodinamică		
DSM III 1980	• sindrom clinic • tulburări de personalitate sau de dezvoltare	• tulburări somatice • intensitatea stresurilor psihosociale	• gradul adaptării funcționale în ultimul an	
DAHL și RETTERSOL 1983	• diagnostic clinic • predispoziție a personalității	• stresuri și situații neobișnuite		

Diagnosticul multiaxial pare să fie modalitatea optimă de îmbunătăţire a diagnosticului psihiatric în general şi a clasificărilor bolilor psihice, în condiţiile actuale ale cunoaşterii etiologice ; este de presupus că îşi va menţine valoarea încă multă vreme, avînd în vedere că drumul parcurs de la „dualismul empiric" (K. SCHNEIDER), somatogen şi psihogen, la concepţiile etiopatogenice moderne (somatogene psihogene, multifactoriale şi criptogene) nu a rezolvat încă problema etiologiei bolilor psihice. Utilizarea diagnosticului multifactorial are o serie de consecinţe fructuoase în domeniile teoretice şi aplicative ale psihiatriei, pe care MEZZICH le numeşte „funcţii" ale diagnosticului multifactorial : considerarea pe axe distincte a etiologiei şi sindroamelor poate releva „constelaţii atipice" ale relaţiei cauză-sindrom, iar axele funcţionării sociale pot dimensiona modele nosografice şi nosologice noi, cu implicaţii pozitive asupra concepţiei nosologice generale. Printre alte avantaje ale unei abordări axiale se mai pot menţiona :

- apariţia unor explicaţii integrative ale modelelor globale de boală ;
- circumscrierea unor teorii psihopatologice multiple privitoare la acelaşi fenomen ;
- facilizarea organizării informaţiei clinice şi, implicit, a prestaţiei medicale ;
- standardizează formularea diagnostică, oferind facilitarea intercomunicării psihiatrice, ca şi a predicţiei şi evaluării rezultatelor terapeutice ;
- oferă date ştiinţifice în vederea realizării unor studii de incidenţă şi prevalenţă reale, implicate şi în creşterea posibilităţilor de creare a programelor de sănătate mintală.

Diagnosticul în psihiatrie rămîne o problemă mereu deschisă, în care progresele înregistrate în celelalte domenii (terapie, explorări, semiologie, patogenie) nu fac decît *„să erodeze"* vechile edificii conceptuale.

315. **DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC (PSIHODIAGNOSTIC)** ● Termen utilizat relativ frecvent în lucrări de psihologie ; nu a reuşit însă să depăşească acest cadru, nefiind menţionat în nici o lucrare de prestigiu din sfera psihiatriei sau a medicinei în general.

Fără a subestima importanţa psihologiei şi a metodelor utilizate de ea, trebuie avut în vedere faptul că diagnosticul este unic, el reprezentînd ansamblul demersurilor clinice şi al investigaţiilor paraclinice, efectuate în scopul de a delimita precis boala. În cadrul investigaţiilor paraclinice sînt cuprinse : examenele de laborator, cele radiologice, explorările funcţionale ale diferitelor funcţii sau sisteme, examenul psihologic, ancheta socială etc. Chiar şi examenele clinice solicitate de medicii altor specialităţi faţă de cele în care sînt consultaţi (fund de ochi, examen neurologic, examen cardiologic etc. pentru psihiatru ; examenul psihiatrului pentru internist sau chirurg) au caracter de examene complementare. Prin urmare, aşa cum nu se poate vorbi de un diagnostic de laborator, diagnostic radiologic etc., nu se poate vorbi nici de un diagnostic psihologic, ci de metode proprii de investigaţie, care în final concură la diagnostic ca unic rezultat al tuturor demersurilor efectuate.

Un diagnostic, în etapa actuală, trebuie să coreleze datele clinice cu cele anatomopatologice, fiziopatologice, etiologice, în raport cu personalitatea, vîrsta, capacitatea restantă a organismului, posibilităţile de răspuns la terapie şi reinserţie în mediu ; în aceste condiţii considerăm că am cere prea mult ca printr-o hemogramă, radiografie, anchetă socială sau test psihologic să se poată oferi un răspuns corespunzător acestor cerinţe.

Se poate aprecia deci că termenul de diagnostic psihologic este impropriu, sensul cu care este investit fiind mai bine exprimat prin cel de INVESTIGAŢIE PSIHOLOGICĂ, aşa cum există investigaţii de laborator, radiologice etc.

316. **DIALAG(M)** Elveţia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

317. **DIALECTICĂ** (cf. gr. *dialexis* „discuţie, conversaţie") ● Conform sensului originar — arta dialogului, a înfruntării argumentative între puncte de vedere opuse, contradictorii. Clasicii gîndirii eline, PLATON şi ARISTOTEL, au definit două atitudini opuse faţă de dialectică, atitudini pe care tradiţia le-a păstrat pînă la apogeul filozofiei moderne. Asociind dialectica disputelor sofistice şi euristice, ARISTOTEL îi atribuie o semnificaţie peiorativă, întrucît o consideră drept artă a argumentaţiei şi respingerii prin simpla opunere a tezelor contradictorii. În acelaşi stil, KANT aprecia că dialectica este o logică a aparenţelor, o teorie a erorilor naturale sădite în spiritul omenesc. Deşi adversar al pseudoargumentării sofistice, PLATON atribuie dialecticii cele mai înalte virtuţi cognitive, privind înfruntarea dintre tezele contradictorii ca artă a elaborării cunoştinţelor adevărate. Dialecticianul, susţine PLATON,

Scanned with OKEN Scanner

este acela care cunoaşte esenţa fiecărui lucru, după ce a respins prejudecăţile, aparenţele înşelătoare şi falsele reprezentări. În concepţia lui PLATON, dialectica este numai o metodă de cunoaştere. Abia HEGEL enunţă în mod explicit şi argumentează sistematic ideea dialecticii ca model şi legitate imanentă a dezvoltării obiectiv-determinate a întregii existenţe, privind natura, societatea şi spiritul în permanenta lor devenire, produsă de tensiunea lăuntrică a determinărilor contradictorii. Analizînd retrospectiv istoria filozofiei, HEGEL descoperă în gîndirea antichităţii o dezvoltare spontană a conceptului său de dialectică, prezent în intuiţiile naive dar pătrunzătoare prin care vechii filozofi greci (printre aceştia, cu deosebire HERACLIT) au sesizat legătura universală dintre fenomenele realului, mişcarea şi transformarea lor continuă sau natura contradictorie a forţelor active în cosmos.

Postulînd identitatea ontică dintre subiect şi obiect, ca soluţie ce permite depăşirea opoziţiei ireductibile instituite de filozofia kantiană între cunoaştere şi esenţa realului, HEGEL dezvoltă sistematic categoriile dialectice ale raţiunii speculative, pe care le defineşte ca determinaţii ale Ideii absolute, modelul logic al oricărei existenţe în genere. Prezentînd cosmosul ca proces de autodezvoltare a ideii, determinată de contradicţiile sale interne, dialectica hegeliană este solidară cu o ontologie idealistă, avînd ca obiect devenirea necesară a Ideii absolute care, din model logic al fiinţei oarecare, se realizează întîi ca natură şi apoi, prin progresul societăţii şi al culturii, tinde spre autocunoaştere, înălţată rînd pe rînd pe treptele spiritului subiectiv (psihologia umană, cunoaşterea de sine), obiectiv (moralitatea, legile şi organizarea politică a statului) şi absolut (valorile culturii, încununate de sistemele filozofice). Criticînd caracterul speculativ şi mistificator al sistemului hegelian, MARX şi ENGELS elaborează dialectica materialistă, demonstrînd că dialectica obiectivă (a fenomenelor din natură şi societate) determină dialectica subiectivă (a noţiunilor) şi se reflectă în aceasta.

În opoziţie cu metafizica, gîndirea dialectică înţelege lumea ca sistem material infinit şi unitar de obiecte şi procese, care prezintă o inepuizabilă varietate calitativă. În accepţiune dialectică, mişcarea este autodezvoltare a realului, proces infinit şi etern, care poate fi explicat prin cîteva legităţi universale: unitatea şi opoziţia contrariilor, trecerea acumulărilor cantitative în schimbări calitative şi negarea negaţiei. Deşi fundamentale, aceste legităţi nu pot fi absolutizate şi nu epuizează concepţia dialectică; ele se completează prin corelaţiile dintre categoriile complementare, cum sînt: esenţă şi fenomen, conţinut şi formă, necesitate şi întîmplare, cauză şi efect, posibilitate şi realitate, general, particular şi singular etc.

Metodă universală a cunoaşterii, dialectica materialistă are un caracter deschis, îmbogăţindu-se cu noi interpretări, argumente şi clarificări conceptuale, odată cu adîncirea cunoaşterii ştiinţifice şi cu diversificarea experienţei acumulate în procesul praxisului social-istoric. Diferitele orientări nemarxiste contemporane atribuie semnificaţii variate conceptului de dialectică.

Neoraţionaliştii (GONSETH, BACHELARD) înţeleg prin dialectică o modalitate epistemologică fundamentală de reconstrucţie permanentă a teoriilor ştiinţifice, prin elaborarea unor sinteze tot mai cuprinzătoare, care unifică pe baze conceptuale noi domenii temporar izolate sau explicaţii teoretice aparent incompatibile. În filozofia fizicii (HEISENRERG, BOHR), dialectica este înţeleasă ca expresie a ideii de complementatriate. „Tragică" în filozofia existenţialistă, dialectica exprimă contradicţia insolubilă dintre „Eu" şi lume. Şcoala de la Frankfurt (ADORNO, HORKHEIMER, BLOCK, MARCUSE, FROMM ş.a.) concepe o „dialectică negativă" sau „paradoxală", care elimină momentul afirmativ al dialecticii hegeliene (negarea negaţiei) şi extinde negaţia, fără limite, pînă la negaţia totală.

318. **DIALICOR(M)** Grecia — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-/0-(alliloxi)fenoxi/-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice, cu valenţe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potenţînd efectul toxic al acestuia, şi nici cu produşi IMAO → BETA-BLOCANTE.

319. **DIALIZĂ** — *metodă* (cf. gr. *dialysis* „separare") ● Metodă folosită iniţial în tratamentul insuficienţei renale cronice, constînd din epurarea pe cale extrarenală, în scopul eliminării produşilor metabolici, a toxicelor endogene sau exogene (ajunse accidental în organism). Dializa se efectuează prin două tehnici: transperitoneal sau prin circulaţie extracorporală, folosind un filtru şi o baie de dializă — hemodializă. Utilizarea ei în psihiatrie comportă următoarele aspecte:

- ca mijloc de reanimare în intoxicaţiile acute şi cronice, urmare a unor tentative suicidare sau a unor accidente;
- în tratamentul intoxicaţiei cu litiu;

Scanned with OKEN Scanner

- în tratamentul unor afecțiuni psihice, în care se presupune acumularea unei substanțe (mai mult sau mai puțin specifice) cu potențial patogen în sînge.

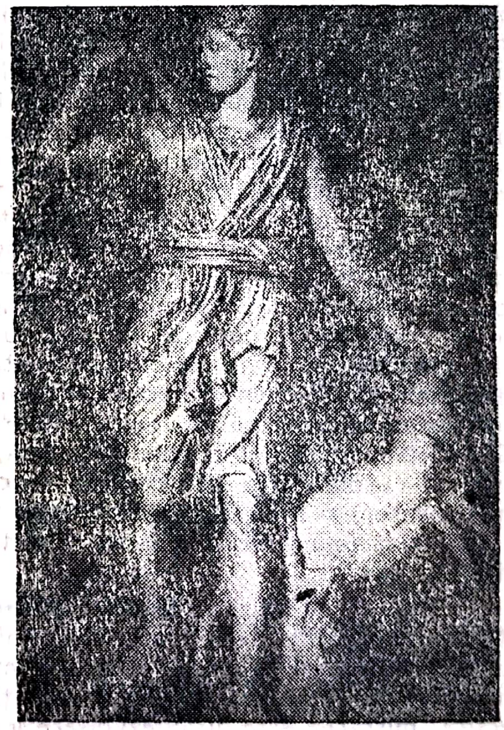
Referitor la acest ultim aspect, folosirea hemodializei pentru tratamentul schizofreniei datează din 1960, cînd s-a observat că, după tratarea prin această metodă a subiecților cu insuficiență renală cronică, a apărut o ameliorare a stărilor psihice. Cercetările ulterioare au condus la rezultate contradictorii : H. FEHR și colab., în 1960, comunică rezultatele favorabile ale hemodializei în catatonia acută ; VANT, în 1978, WAGE-MAKER și colab., în 1979, raportează rezultate favorabile în 80% din cazurile de schizofrenie cronică tratată astfel ; dar F. PERT și colab., în 1978, centralizînd rezultatele obținute în 32 de centre unde era aplicată dializa, constată că doar în 16% din cazuri s-au obținut ameliorări. În prezent, studierea acestei metode preocupă școala de psihiatrie sovietică, germană, canadiană ; la noi în țară, clinica de psihiatrie de la Socola, aplicînd hemodializa la unui număr de 19 bolnavi schizofreni, a obținut rezultate favorabile în 50% din cazuri. Rezultatele favorabile constau în obținerea unor perioade de remisie mai îndelungate decît cea realizată prin cura neuroleptică. Rezultatele pozitive obținute prin această metodă ar putea fi explicate prin eliminarea beta-leu-endorfinelor (endorfine care conțin și leucină), care se găsesc în concentrație crescută în schizofrenie, precum și a unor substanțe „abnormale" (R. PALMAUR și colab., 1977). Această constatare este însă numai ipotetică, pentru că nu s-a constatat un paralelism între concentrația acestor substanțe și gravitatea simptomatologiei discordante. Pe de altă parte, activitatea de filtrare a membranei artificiale este mult inferioară celei a membranei glomerurale, rezultînd astfel concluzia că, dacă acumularea endorfinelor este responsabilă de simptomatologia discordantă, eliminarea acestora ar putea fi mai bine făcută prin hiperhidratare, care „forțează" filtrarea glomerulară.

Un argument de ordin deontologic împotriva dializei este adus de G. MOORE, H. ABRAHAM, care afirmă că pentru aplicarea acestei metode este necesar consimțămîntul bolnavului, ceea ce în cazul schizofreniei nu este posibil. Metoda comportă și o serie de riscuri, a căror gravitate îi restrînge utilizarea : dezechilibrul hidroelectrolitic, hemoragii, infecții grave. V. PREDESCU și L. ALEXANDRESCU (1986) au remarcat faptul că practicarea hemodializei și a unor metode similare în schizofrenie nu s-a dovedit eficientă, ridicînd o serie de probleme de ordin practic și deontologic ; aceste metode sînt aplicate, pînă în prezent, în scopuri exclusiv de cercetare.

320. **DIALOGOLALIE** (cf. gr. *dialage* „dialog" ; *lalein* „a vorbi") ● Simptom descris în demențele senile și, mai rar, în schizofrenie de T. SPOERRI (1965) ; constă în aparența de dialog pe care o creează expresia verbală a unor bolnavi prin menținerea unei relative melodicități verbale, a unei mimici și gestici însuflețite. În realitate, vorbirea acestor bolnavi nu mai îndeplinește funcția de comunicare, fiind lipsită de orice coerență logică, cuvintele sau propozițiile înșiruindu-se aleator.

321. **DIAM(M)** Canada ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → sin. DIAZEPAM(M) România.

322. **DIANA — *complex*** —sin. MASCULINITATE — complex ● Complex purtînd numele unui personaj mitologic, reprezentînd dorința, de cele mai multe ori inconștientă, a femeii de a fi bărbat, prin alegerea unor ocupații masculine sau prin manifestarea unor atitudini virile.



Diana de Versailles – Anonim

Diana, zeița vînătorii la romani, fiica lui Jupiter, obține de la tatăl ei permisiunea să nu se mărite niciodată. Jupiter îi dă o tolbă de săgeți și un cortegiu de nimfe și o face stăpîna pădurilor. Principala ei ocupație devine vînătoarea. → MASCULINITATE — complex.

Scanned with OKEN Scanner

323. **DIANOETIC** (cf. gr. *dianoia* „inteligență, gîndire") ● Termen care se referă la facultatea gîndirii discursive, argumentative sau la rezultatele acesteia, exprimate sub forma unor construcții teoretice sistematice.

324. **DIANOL**(M) Italia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE), precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă (prin creșterea concentrației de acetilcolină) și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ; are acțiune proconvulsivă.

325. **DIAPAM**(M) Finlanda, Turcia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

326. **DIAPATOL**(MC) Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se complementează :

- CLORDIAZEPOXIDE(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- AMITRIPTILINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.

Are acțiune antidepresivă-anxiolitic-sedativă.

327. **DIAPAX**(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

328. **DIASECTRAL**(M) Danemarca — DCI *Acebutolol* ● Betablocant de tip 3'-acetil-4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/butianilidă ; indicat în anxietate, sindroame psihovegetative simpaticotone, sevraj de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, senil sau apărut ca urmare a intoxicației cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → → BETABLOCANTE.

329. **DIATEZĂ** (cf. gr. *diathesis* „dispunere, aranjare") ● Termen hipocratic care exprimă un tip uman premorbid cu o netă înclinație spre o anumită categorie de boli din cauza unei reactivități particulare (anormale) a țesuturilor, organelor, sistemului nervos vegetativ etc.

În medicina veche se întîlnește un mare număr de diateze, deseori fără o justificare științifică. În prezent, termenul este mai rar utilizat și limitat la unele anomalii metabolice și imunologice (alergice, exudativ-alergice, fibroblastice, gutoase, hemoragice, reumatismale, uratice, oxalice etc.). BRUGSCH consideră că termenul de diateză trebuie înlocuit cu cel de „anomalie constituțională", „constituție anormală" sau „constituție morbidă". După N. PENDE, diateza reprezintă o „dispoziție morbidă totală", și nu o „constituție morbidă parțială".

În psihiatrie (dar mai ales în neuropsihiatrie), unii autori (N. PENDE etc.) deosebesc următoarele diateze : neuropatică (datorată unei hiperexcitabilități a sistemului neurovegetativ), spasmofilică (spasmofilia idiopatică) etc.

330. **DIATRAN**(M) Anglia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

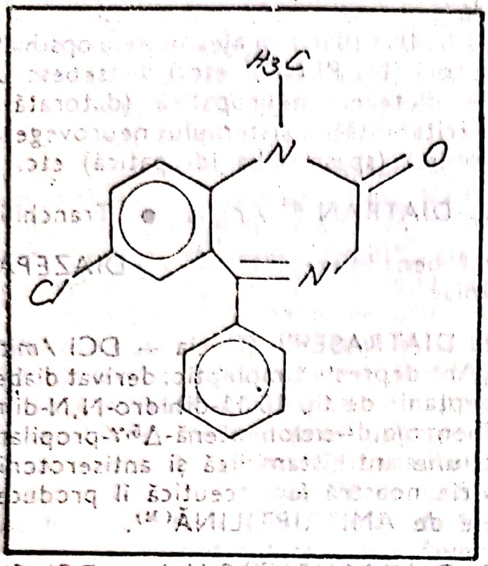
331. **DIATRASE**(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat diabenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

332. **DIAZACHEL**(M) S.U.A. — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

333. **DIAZEBRUM**(M) Franța ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON(M) România.

334. **DIAZEPAM**(DCI) ; **DIAZEPAM**(M) România ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, introdus în clinică de RAMDALL (cel care introdusese și CLORDIAZEPOXIDUL). Se absoarbe la nivelul tubului digestiv în două ore, transformîndu-se prin metabolizare în OXAZEPAM, și se elimină pe cale renală. Acțiunea sa se instalează rapid și este superioară CLORDIAZEPOXIDULUI, fiind : anxiolitică, sedativ-hipnotică, anticonvulsivantă, miorelaxantă și stabilizator neurovegetativă, ușor euforizantă. Are acțiune inhibitorie asupra contracțiilor uterine și este un inductor enzimatic. Are indicații numeroase care, în funcție de doză și de moment, pot cuprinde aproape întreaga psihopatologie. Efectele secundare sînt minime în cazul unei doze adecvate, constînd în somnolență, perturbare

a coordonării motorii, hipotensiune arterială, la doze mari sau sensibilitate deosebită. Contraindicațiile sînt reprezentate de miastenie, glaucom, intoxicație alcoolică. Este deosebit de periculos consumul de alcool în timpul trata-



mentului ; sînt de menționat, de asemenea, potențarea neurolepticelor și posibilitatea apariției fenomenelor de abstinență la întreruperea bruscă a tratamentului. Constituie principiul activ pentru un număr impresionant (peste 200) de produși farmaceutici.

Cei mai bine cunoscuți sînt :

DIAZEPAM(M)	Austria, Brazilia, Columbia, Danemarca, Iugoslavia, Mexic, R.F.G., România, Spania ;
STESOLID(M)	Egipt, Elveția, Danemarca, Finlanda, Norvegia, Olanda, Suedia ;
VALIUM(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Coreea, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Portugalia, S.U.A., Spania, Suedia, R.F.G

Alți produși similari, utilizați curent în diferite țări, sînt :

ALBORAL(M)	Mexic
ALISEUM(M)	Italia
AMIPROL NYCAPS(M)	Argentina
ANKSIYOLIN(M)	Turcia
ANSIOLIN(M)	Italia
ANXIUM(M)	Canada
ANZEPAM(M)	India
APAURIN(M)	Iugoslavia
APOLLONSET(M)	Grecia
APOZEPAM(M)	Suedia
ARMONIL(M)	Argentina
ASSIVAL(M)	Israel
ATARVITON(M)	Grecia
ATENSINE(M)	Anglia
ATILEN(M)	Cehoslovacia
AUDIUM(M)	Grecia
AVAZEN(M)	Ecuador
AVEX(M)	Italia
BENSEDIN(M)	Iugoslavia
BEST(M)	Argentina
BIALZEPAM(M)	Portugalia
BORTALIUM(M)	Grecia
BRITAZEPAM(M)	Mexic
CALMOVITA(M)	Brazilia
CALMPOSE(M)	India
CANAZEPAM(M)	Canada
CONDITION(M)	Japonia
CUADEL(M)	Argentina
DECACIL PLUS(M)	Mexic
DEPOCALM(M)	Grecia
DIACEPLEX(M)	Spania
DIALAG(M)	Elveția
DIAM(M)	Canada
DIAPAM(M)	Finlanda
DIAPAX(M)	Japonia
DIAZ(M)	Israel
DIAZELONG(M)	Brazilia
DIAZEM(M)	Turcia
DIAZEMULS(M)	Anglia
DIAZEPAN(M)	Spania
DIAZETARD(M)	Brazilia
DIAZUM(M)	Venezuela
DIENPAX(M)	Brazilia
DIPAM(M)	Iugoslavia
DIPEZONA PLUS(M)	Argentina
DOMALIUM(M)	Spania
D-PAM(M)	Noua Zeelandă
DRENIAN(M)	Spania
D-TRAN(M)	Canada
DUCENE(M)	Australia
DUKSEN(M)	Ungaria
ENYOID(M)	Mexic
E-PAM(M)	Canada
EPANALIUM(M)	Grecia
ERIDAN(M)	Italia
ERITAL(M)	Canada
EUPHORIN(M)	Japonia
EUROSAN(M)	Elveția
EVACALM(M)	Anglia
FAUSTAN(M)	R.F.G.
FREUDAL(M)	Mexic
GEWACALM(M)	Austria
GIHITAN(M)	Japonia
GRADUAL(M)	Argentina
HORIZON(M)	Japonia
KIATRIUM(M)	Brazilia
KLARIUM(M)	Grecia

LAMRA(M)	R.F.G.
LEGARIL(M)	Mexic
LEMBROL(M)	Argentina
LEVIUM(M)	Olanda
LIBERETAS(M)	Spania
LIZAN(M)	Turcia
LORINON(M)	Australia
MELPAZIL(M)	Brazilia
METAMIDOL(M)	Portugalia
MEVAL(M)	Canada
MOROSAN(M)	Elveţia
NEO-CALME(M)	Canada
NERVIUM(M)	Turcia
NEUROLYTRIL(M)	R.F.G.
NOAN(M)	Italia
NOVODIPAM(M)	Canada
PACITRAN(M)	Mexic
PAXATE(M)	Brazilia
PAXEL(M)	Canada
PEALKIT(M)	Japonia
PLIDAN(M)	Argentina
PRANTAL(M)	Grecia
PRO-PAM(M)	Noua Zeelandă
PSYCHOPAX(M)	Austria
QUETINIL(M)	Italia
QUIEVITA(M)	Italia
RELANIUM(M)	Polonia
RELANSOL(M)	Columbia
RELASAN(M)	Mexic
RELIEZEN(M)	Japonia
REMANSIL(M)	Mexic
REVAL(M)	Grecia
RIVAL(M)	Canada
SAROMET(M)	Argentina
SEDANER(M)	Mexic
SEDAPAM(M)	Anglia
SEDIPAM(M)	Finlanda
SEDUXEN(M)	Ungaria
SERENACK(M)	Canada
SERENZIN(M)	Japonia
SOLIS(M)	Anglia
SOMASEDAN(M)	Argentina
SONACON(M)	Canada
STEDON(M)	Grecia
STRESS-PAM(M)	Canada
TENSOPAM(M)	Finlanda
TRANDYN(M)	Mexic
TRANQUASE(M)	R.F.G.
TRANQUIRIT(M)	Italia
UMBRIUM(M)	Austria
UNISEDIL(M)	Portugalia
USEMPAX(M)	Brazilia
VALCAPS(M)	Franţa
VALIAPAN(M)	S.U.A.
VALIBRIN(M)	Turcia
VALITRAN(M)	Italia
VALOI(M)	Grecia
VALOMIN(M)	Coreea
VALRELEASE(M)	S.U.A.
VALUZEPAM(M)	Coreea
VATRAN(M)	Italia
VICALMA(M)	Portugalia
VIDALEN(M)	Mexic
VIVAL(M)	Norvegia
VIVOL(M)	Canada
WILPAN(M)	Venezuela
ZEPAM(M)	Turcia

335. **DIAZEPINA**(M) Argentina — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspindite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de NAPOTON(M).

336. **DIAZEPOXIN**(MC) Spania ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu acţiune diferită, dar care se completează:

- CHLORDIAZEPOXID(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- NORTRIPTILINE(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.

Are acţiune antidepresiv-anxiolitică.

337. **DIAZEPRIN**(MC) Grecia ● Produs terapeutic care conţine două tranchilizante care îşi complementează acţiunea:

- MEPROBAMAT(M) — derivat propandiolic;
- DIAZEPAM(M) — derivat benzodiazepinic.

Are acţiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă.

338. **DIAZIL**(M) U.R.S.S. — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acţiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale şi periferice. Este important să se aibă în vedere acţiunea sa proconvulsivantă şi interdicţia consumului de alcool în timpul tratamentului.

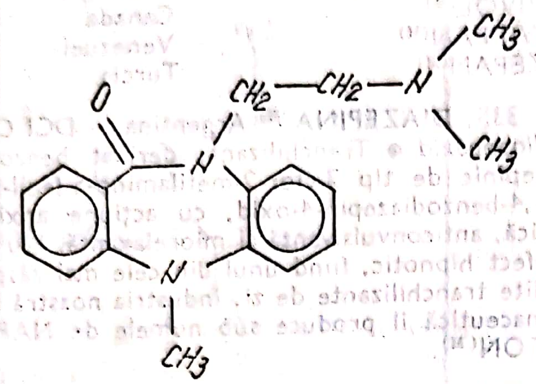
339. **DIAZUM**(M) Venezuela ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

340. **DIBĂCIE** — sin. DEXTERITATE; INGENIOZITATE; ISCUSINŢĂ; ÎNDEMÎNARE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ABILITATE.

341. **DIBENZEPINE**(DCI) ● Derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-/-(dimetilamino)etil/-5,10-

Scanned with OKEN Scanner

metil-11H-dibenzo/b,e//1,4/diazepin-11-onă — structură asemănătoare cu a tranchilizantelor benzodiazepinice; este considerat un timoleptic de valoare medie, acțiunea sa fiind dublată de valențe sedativ-anxiolitice, iar după alți



autori, un tranchilizant cu valențe antidepresive; ambele variante îi conferă o gamă largă de utilizare, atît în nevrozele cu componentă depresivă, cît și în depresiile de intensitate medie. Buna sa toleranță îl face util în tratamentul depresiilor la vîrstnici. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

Cel mai cunoscut este:

NOVERIL(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia. Iugoslavia, Italia, Japonia, Olanda, R.F.G., Turcia.

Alți produși farmaceutici:

ANSIOPAX(M)	Portugalia
DEPREX(M)	Danemarca
ECATRIL(M)	Franța
EODIL(M)	Coreea
NEODALIT(M)	Suedia
NEODIT(M)	Finlanda
NOVERIL MITE(M)	R.F.G.
NOVERIL RETARD(M)	Iugoslavia
NOVERIL TR(M)	Belgia
NOVERIL 240 TR(M)	Elveția
SEDATIPLEX(M)	Grecia
VICTORIL(M)	Israel

342. **DIBUTIL**(M) R.F.G. — DCI *Profenamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă și antihistaminică.

343. **DICEL**(M) Spania — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/(α-metilfenetil) amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene; utilizat în combaterea obezității consecutivă utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

344. **DICEPLON**(M) Japonia — DCI *Spiclomazină* ● Neuroleptic sedativ, cu structură și acțiune apropiată (discret mai modestă) derivaților aminofenotiazinici, de tip 8-/3-(2-cloro-10-fenotiazinil)propil/-1-tia-4,8-diazaspiro/4,5/decan-3-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică.

345. **DICHEFOBIE**(F) (cf. gr. *dichazo* „a împărți în două, a separa, a diviza"; *phobos* „frică") ● Teamă exagerată și nemotivată, trăită dureros, față de instanțele de judecată, întîlnită la personalități psihastenice, isterice, imature; poate fi asociată cu idei de urmărire și persecuție, în psihoze paranoide de coloratură depresivă.

346. **DIDE-BOTCARO**(S) *sindrom* sin. BOTCARO(S) sindrom. ● Amnezie de fixare, confabulație și cecitate verbală pură, datorate ramoliției bilaterale a lobului occipital. Descris în 1902.

347. **DIDEROT Denis** (1713—1784) ● Filozof materialist, scriitor, moralist și estetician francez, unul dintre cei mai de seamă luminiști, inițiator și redactor principal al „Enciclopediei franceze"; DIDEROT s-a situat pe poziții net materialiste, afirmînd existența obiectivă a materiei că substanță unică a lumii. El consideră ca senzația este o proprietate a materiei, iar gîndirea o formă dezvoltată a sensibilității. Ideile sale sînt caracterizate și prin remarcabile teze dialectice. El s-a apropiat de ideea automișcării materiei, a privit conștiința ca o însușire a materiei superior organizate și a anticipat evoluționismul.

DIDEROT a enunțat concepția depre rolul mediului social în formarea personalității, pledînd pentru transformarea „rațională" a mediului. A fost anticlerical, critic al spiritului dogmatic promovat de religie. În estetică a pledat pentru realism, pentru apropierea artei de viață. Opera literară a lui DIDEROT se remarcă prin arta modernă a narației, prin verva scînteietoare, prin caracterul ei eseistic. Opere principale: „Cugetări filozofice", „Convorbiri dintre d'Alembert și Diderot", „Nepotul lui Rameau", „Despre poezia dramatică" ș.a.

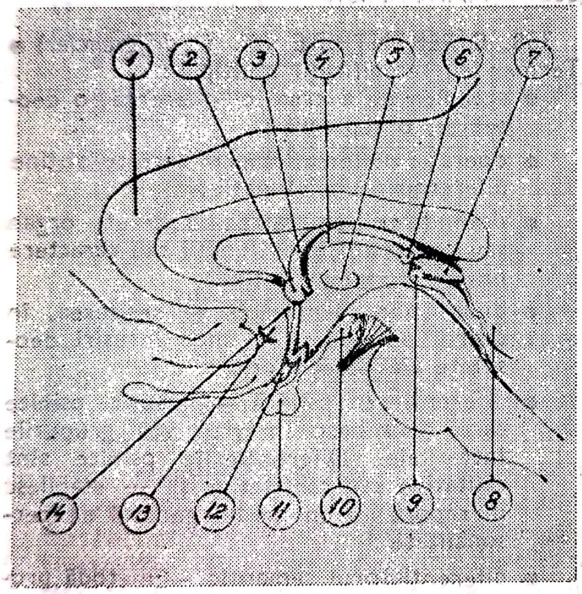
348. **DIDREX**(M) Anglia, SUA — DCI *Benzfetamină* ● Psihostimulent, derivat fenetilaminat de tip N-benzil-N-α-dimetilfenetilamină, cu performanțe marcate anorexigene.

Scanned with OKEN Scanner

349. **DIENCEFAL** (cf. *dia-* ; *enkephalos* „creier") — sin. CREIER INTERMEDIAR ● Structură complexă, autonomă, individualizată anatomic și funcțional, care realizează, în același timp, o barieră și un sistem de conexiune între cortexul cerebral și etajele inferioare ale axului cerebro-spinal. Format din mase de substanță cenușie, diencefalul este centrul superior de reglare a funcțiilor vegetative și integrative, centru secretor și stație de releu pe traseul căilor senzitive și motorii.

Structurile anatomice care intră în alcătuirea diencefalului sînt :

- hipotalamusul, centru de integrare și control pentru activitățile vegetative, centru de control al activității endocrine și al comportamentului afectiv. Primind informații somatice și vegetative de la periferie, de la sistemul limbic și scoarța cerebrală, hipotalamusul influențează toate manifestările somatice și vegetative



1 – Girus cinguli ; 2 – comisura anterioară ; 3 – fornix ; 4 – foramen Monroi ; 5 – massa intermedia ; 6 – comisura habenulară ; 7 – glanda pineală ; 8 – corp cvadrigemen ; 9 – comisura posterioară ; 10 – corp mamilar ; 11 – hipofiza ; 12 – chiasma ; 13 – aria paraolfactivă ; 14 – girus subcalos.

ale stărilor afectiv-emoționale, activitatea endocrină și corticală. Complexitatea structurală și funcțională a hipotalamusului și numeroasele sale conexiuni explică influențele marcate pe care drogurile psihotrope le exercită la acest nivel, precum și influențele remarcabile ale stressului, stărilor afectiv-emoționale asupra funcțiilor hipotalamusului. Un exemplu concret il constituie neurolepticele ale căror acțiuni afectează în mare măsură funcțiile hipotalamice (termoreglarea, neurosecreția, controlul funcțiilor vegetative, controlul bioritmurilor etc.). Este de menționat acțiunea blocantă alfa-adrenergică și dopaminergică a neurolepticelor la nivel hipotalamic, soldată cu tulburări endocrine (galactoree determinată de hiperprolactinemie, amenoree etc.), metabolice (tendință la depășire ponderală) și hipotermizante ;

- talamusul, format din grupuri de nuclei care asigură funcția de releu pe traseul căilor sensibilităților specifice, funcția motorie integrativă și funcții nespecifice legate de ritmul nictemeral și de procesele afectiv-emoționale ; este implicat mai ales în patologia neurologică ;
- metatalamusul — stație de releu pe calea optică (corp geniculat lateral) și pe calea auditivă (corp geniculat medial) ;
- epitalamusul — structură rudimentară formată din nuclei conectați la ariile olfactive și la epifiză, împreună cu care formează complexul epitalamo-epifizar.

350. **DIENPAX**(M) Brazilia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M) România.

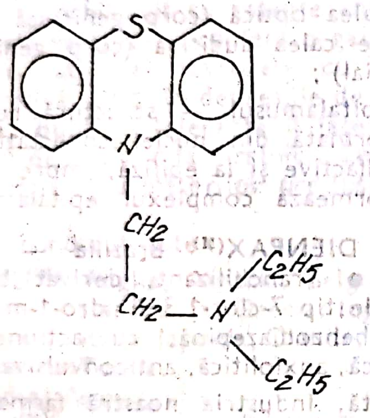
351. **DIEPIN**(M) Brazilia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică ; are o singură contraindicație — miastenia.

352. **DIEPROPON**(M) — Norvegia DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat fenilezilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și cu efect anorexigen apropiat FENMETRAZINEI. Nu se asociază cu IMAO. În timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se

poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

353. **DIETAMINE**(M) SUA — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (+)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia; poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

354. **DIETHAZINE**(DCI) ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminoetil) fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și al afecțiunilor psihosomatice. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:



ANTIPAR(M) Italia
APARKAZIN(M) Ungaria
CASANTIN(M) RFG
DEPARKIN(M) Cehoslovacia
DINEZIN(M) URSS
DIPARCOL(M) Franța
ETHYLEMIN(M) Japonia
LATIBON(M) RFG
PARKAZINE(M) Ungaria
THIANTAN(M) RDG

355. **DIFERENȚĂ SPECIFICĂ** (cf. lat. *differentia* „diferență") ● Notă (caracteristică, atribut) prin care specia de definit se deosebește de celelalte specii cuprinse în genul lor proxim. În definiția „triunghiul dreptunghic este acel triunghi *avînd un unghi drept*", cuvintele subliniate indică diferența specifică prin care triunghiul dreptunghic se deosebește de cele ascuțitunghice sau obtuzunghice.

356. **DIFERENȚIALĂ** — **psihologie** ● Ramură a psihologiei care se ocupă cu studiul comparativ al diferențelor psihologice (de ordin intelectual, aptitudinal, caracterial etc.) dintre indivizi și al variabilității acestora în grupuri omogene sau heterogene. Termenul a fost introdus în anul 1900 de W. STERN. Aria de investigare a psihologiei diferențiale este foarte largă: orientare școlară și profesională, selecție profesională, criminologie etc.

357. **DIFERENȚIATE**(H) **halucinații** (cf. fr. *différencier*). ● Halucinații auditive simple în care, spre deosebire de cele elementare, subiectul reușește să distingă (și să poată preciza) apartenența sunetelor, legîndu-le întotdeauna de o „sursă" (întotdeauna un obiect — MARCHAIS).

358. **DIFERENȚIERE** (cf. fr. *différencier*) ● Termen cu semnificații multiple:

- acțiunea de a crea o diferență, o deosebire, o separare;
- operația matematică prin care se obține diferențiala unei funcții;
- dobîndirea (de către un țesut, organ sau organism) unor funcții sau caractere noi în cursul evoluției;
- diferențiere senzorială — sesizarea, în cadrul percepției, a unor însușiri deosebite ale obiectelor;
- diferențierea psihică — însușiri psihice care deosebesc indivizii sau grupurile între ele. Diferențierile psihice sînt calitative sau cantitative și se stabilesc în raport cu un model general de personalitate;
- diferențiatorul semantic — metodă propusă de C. OSGOOD (1954), constînd în indicarea unor cuvinte pe care subiectul trebuie să le aprecieze în raport cu o axă bipolară: frumos-urît, ascuțit-rotund, rece-cald etc.; se obține astfel o imagine a sferei semantice a cuvîntului respectiv. Metoda a fost aplicată în studii efectuate asupra personalității, precum și în studii de psihologie socială.

359. **DIFLUENȚA** (cf. lat. *diffluere* „a curge în toate părțile, a se revărsa") ● Înlocuirea discursivității obișnuite a gîndirii și vorbirii prin propoziții și idei asociate la întîmplare, cu dispersia atenției asupra unor chestiuni

secundare sau intervenite accidental. Poate fi întîlnită în demenţă, stări confuzionale, manie.

360. **DIFORENE**[M] Franţa, Portugalia — DCI *Deanol p-acetamidobenzoat* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acţiune psihostimulentă (prin creşterea concentraţiei de acetilcolină) şi valenţe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acţiune proconvulsivă.

361. **DIFOSFOCIN**[M] Italia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

362. **DIFUZIA IDENTITĂŢII**[8] **sindrom** (cf. lat. *diffusio* „revărsare, împrăştiere") ● Sindrom descris recent de AKHTER (1985), care delimitează următoarele caracteristici clinice:

- trăsături caracteriale contradictorii;
- discontinuitate temporară a personalităţii;
- lipsă de autenticitate;
- sentimentul de vid interior;
- dispoziţie de tip disforic;
- relativism excesiv etic şi moral.

Poate apare în circumstanţe patologice grave şi face o notă distinctă în patologia adolescenţei (criza adolescentină de identitate). După opinia autorului american, conceptul are o deosebită însemnătate în diagnosticul şi în psihoterapia tulburărilor de identitate.

363. **DIGTON**[M] Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile generale ale NL incisive (endogenii), fiind în acelaş timp util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în unele afecţiuni psihosomatice (ulcer gastric şi duodenal, gastrite, vertij — în special de tip Menière). Are efecte secundare comune NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

364. **DIHOTOMIE** (cf. gr. *dichotomia* „împărţire în două părţi egale, dedublare") ● Sub aspect logic, diviziune a unei noţiuni (unui gen) în doi membri (două specii), de regulă contradictorii, care, împreună, epuizează sfera noţiunii (speciei) respective. De exemplu, orice număr întreg este par sau impar.

ARISTOTEL a utilizat termenul pentru a denumi absolutizarea, ZENON din Elea — divizibilitatea spaţiului, ca prim argument menit să demonstreze imposibilitatea logică a mişcării. Dihotomizînd la infinit spaţiul, ZENON afirmă că orice obiect în mişcare trebuie să atingă mai întîi jumătatea distanţei de parcurs şi, înainte de aceasta, jumătatea jumătăţii şi mereu astfel, fără limită, argumentul său bazat pe dihotomizare mizînd pe incomprehensibilitatea diviziunii la infinit.

365. **DIKICONI**[M] Spania ● Psihostimulent citicolinic → DIFOSFIOCIN[M] Italia.

366. **DILEMĂ** (cf. gr. *dilemma* „dilemă") ● Tip de raţionament silogistic, în care premisele sînt judecăţi ipotetice şi disjuntive, iar concluzia poate fi o judecată categorică sau disjunctivă. În clasificarea dilemei sînt disociate următoarele tipuri:

- Dileme simple, în care una dintre premise este o judecată disjunctivă, afirmînd două alternative, numite „coarnele dilemei"; celelalte două premise sînt judecăţi ipotetice, cu acelaşi consecvent, fiecare din ele avînd ca antecedent una dintre alternativele din prima premisă. Concluzia dilemei simple este o judecată categorică.
- Dileme complexe (compuse), care au ca premise judecăţi ipotetice cu consecvent diferit, concluzia fiind o judecată disjunctivă.
- Atît dilemele simple, cît şi cele compuse pot fi constructive (atunci cînd se trece de la afirmarea antecedentului în premise la afirmarea consecventului în concluzie) sau distructive (atunci cînd se trece de la negarea consecventului în premise la negarea antecedentului în concluzie):

a. dilemă simplă constructivă:

Dacă A atunci C, dacă B atunci C
A sau B
C

Exemplu: Dacă îi critici pe alţii, greşeşti, dacă nu-i critici, greşeşti.
Ori, sau îi critici, sau nu îi critici pe alţii. Prin urmare, greşeşti.

b. dilemă simplă distructivă:

Dacă A atunci B, dacă A atunci C
Nu B sau C
Nu A

Exemplu : Dacă iubești, te simți mai tînăr, și dacă iubești curajul ți se întețește.
Ori nu te simți nici tînăr și nici curaj nu ai.
Prin urmare, nu iubești.

c. dilemă complexă constructivă :

Dacă A atunci C, dacă C atunci D
A sau C
B sau D

Exemplu : Dacă e frig îmi pun paltonul, iar dacă vremea se îmblînzește ies în talie.
Ori, sau e frig, sau se încălzește.
Prin urmare, îmi pun paltonul sau ies în talie.

d. dilemă complexă distructivă :

Dacă A atunci B, dacă C atunci D
Nu B sau nu D
Nu A sau nu C

Exemplu : Dacă sînt alcoolic, îmi tremură mîinile sau dacă sînt intoxicat tabagic gîfîi cînd urc scările.
Ori nu-mi tremură mîinile sau nu gîfîi la efort.
Prin urmare nu sînt alcoolic sau intoxicat cu tutun.

Bine alcătuite, dilemele au o forță demonstrativă deosebită și un efect oratoriu considerabil. Printre dilemele celebre poate fi amintit raționamentul califului Omar, ajuns în fața faimoasei biblioteci din Alexandria. Corect din punct de vedere logic, dar nefast sub aspect istoric și cultural, califul a formulat următoarea dilemă complexă constructivă : dacă aceste cărți cuprind aceeași învățătură ca și Coranul, atunci ele sînt de prisos ; dacă învățătura lor contrazice Coranul, atunci sînt păcătoase și dăunătoare. Ori ele sau conțin doctrina Coranului, sau o doctrină diferită. Prin urmare, cărțile acestea sînt de prisos sau păcătoase și dăunătoare. După acest raționament, implacabilul calif decide distrugerea bibliotecii prin foc, recurgînd la o dilemă simplă constructivă : dacă aceste cărți sînt de prisos, atunci trebuie să fie arse ; dacă aceleași cărți sînt păcătoase și dăunătoare, atunci trebuie să fie arse. Ori aceste cărți sînt sau de prisos, sau păcătoase și dăunătoare. Prin urmare ele trebuie să fie arse.

În limbajul comun, prin dilemă se înțelege ezitarea individului în fața unei alternative, starea de indecizie fiind întreținută de echilibrul între argumentele pro și contra ce susțin sau, dimpotrivă, resping fiecare dintre soluțiile alternative.

În psihopatologie această stare de indecizie este frecventă în nevroza obsesională, la personalitatea psihastenică. La personalitățile dizarmonice de tip isteric, alegerile sînt de obicei rapide, nefiind precedate de ezitări. În general sînt caracterizate ca ezitante personalitățile introverte, persoanele timide (comportament defensiv, anxios, cu evitare a deciziilor). Dilema, ca o conduită a ezitării exprimă dificultăți de adaptare socială, nesiguranță, eventual complex sau sentiment de inferioritate ; ea poate avea deci o semnificație defensivă, după cum întreruperea bruscă a ezitării nu revine cu necesitate la o rezolvare eficientă a situației, ci poate avea semnificație compensatorie.

367. DILYN(M) SUA — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

368. DIMAFEN(M) Italia — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică de tip N-etil-metil-m-(trifluorometil)fenetilamină ; există pericolul dependenței.

369. DIMENOL(M) Spania — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei cu acțiune psihostimulentă (prin creșterea concentrației de acetilcolină) și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ; are acțiune proconvulsivă.

370. DIMPNA sau DYMPHNE ● Personaj legendar, de numele căruia se leagă inițierea unei forme noi de asistență a bolnavilor psihici, apărută la începutul secolului al XIX-lea la Gheel, în Belgia. Legenda își are originea în secolul al VI-lea sau al VII-lea, Gheel-ul fiind locul de refugiu al DIMPNEI — prințesă irlandeză urmărită de tatăl ei (tentative incestuoase), care în final o găsește și o omoară, mormîntul ei devenind loc de pelerinaj. Se construiește aici o originală biserică, cu o anexă numită „camera nebunilor", întrucît marea majoritate a pelerinilor erau alienați. La finele secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea numărul lor fiind mare (peste 600), se decide încredințarea lor familiilor din satul Gheel (peste 10 000 locuitori în 1804) și astfel ia naștere prima „colonie terapeutică". Apar însă și abuzuri, datorate lipsei de control, abandon, „o ergoterapie

prea energică şi chiar vînzarea nebunilor" de către „ţăranii, pe cît de ignoranţi, pe atît de lacomi".

Deşi modelul generează „coloniile familiale ale secolului al XIX-lea", legea belgiană din 18 iunie 1850 interzice această practică şi înfiinţează spitalul din Gheel sub control medical, instituţie care redevine subiect de discuţie în septembrie 1944, cînd internaţii acestui stabiliment apar între liniile de luptă anglo-germane şi duc la o scurtă încetare a focului din motive umanitare.

371. **DINAMIC** (cf. gr. *dynamis* „putere") ● Termenul desemenază, în psihologie şi psihiatrie, o mişcare continuă, prin acţiunea exercitată de o forţă sau de un grup de forţe, în conflict şi/sau interacţiune, avînd ca efect o stare emoţională, îndeplinirea unui act motor, elaborarea unei idei, apariţia unui simptom sau a unei tulburări emoţionale. Aceste forţe dinamice în interacţiune se manifestă sub formă de impulsuri, dorinţe, trebuinţe, aspiraţii, mecanisme de apărare etc. Interacţiunea acestor forţe şi intensitatea lor sînt considerate ca factori decisivi în formarea personalităţii şi în manifestarea comportamentală a individului, determinînd modalitatea sa de adaptare. Dinamica psihică este privită de obicei în perspectiva dezvoltării, omul fiind o fiinţă în permanentă schimbare, adaptare sau readaptare la solicitările mediului în care trăieşte. Pentru a ajunge la cunoaşterea dinamicii psihice a unui individ, este necesară o cercetare sistematică a istoriei lui, a anumitor modalităţi de reacţie manifestate pe parcursul dezvoltării sale, a situaţiilor de criză şi a comportamentelor sale în aceste situaţii, a conflictelor sale mai mult sau mai puţin conştiente. Într-o mare măsură, forţele psihodinamice pot avea un caracter inconştient. Ele sînt dezvăluite prin intermediul curei analitice, iar conştientizarea lor poate avea ca efect înlăturarea unui simptom sau apariţia unui mod de comportament nou, mai bine adaptat → MECANISME DE ADAPTARE ; REFULARE ; APARAT PSIHIC.

372. **DINAMICA GRUPURILOR** (cf. gr. *dynamis*) ● Abordarea interrelaţiilor care se stabilesc la nivelul grupurilor umane, subiect de actualitate pentru psihoterapie, necesită o serie de delimitări teoretice şi metodologice, pentru a putea restrînge demersul la grupul restrîns sau grupul mic. Acest grup exclude banda, mulţimea, grupările şi grupurile secundare (sau instituţionale). Grupul restrîns sau grupul mic este acel tip de grup în care numărul restrîns de membri permite fiecăruia dintre ei să perceapă şi să fie perceput de toţi ceilalţi membrii ai grupului ; în interiorul lui interdependenţa scopurilor permite coeziunea. Interdependenţa rolurilor şi emergenţa relaţiilor de afinitate, ca şi a reacţiilor afective, sînt, după ANZIEU, condiţiile esenţiale de definiţie, la care se adaugă constituirea de norme, credinţe şi semnale proprii grupului. Modelele lewiniene de studiu constau în a considera viaţa grupului ca „rezultanta fostelor procese şi mişcări care trebuie verificate şi măsurate cît mai precis" (MAISONNEUVE). K. LEWIN şi-a propus ca din determinantele grupului să deducă determinantele individuale, deoarece, pe de o parte, grupul poate fi realizat şi experimental, iar pe de altă parte, veriabilele grupului pot fi controlate. Grupul fiind definit ca un ansamblu de elemente interdependente, LEWIN studiază eficienţa grupului condus de lideri autocraţi faţă de cel cu lider democratic, constatînd nu numai dependenţă, ostilitate, agresivitate, în cazul primului tip de grup, ci şi o netă lipsă de originalitate şi un randament mai scăzut. Cu toată rigoarea lor metodologică şi teoretică, lucrărilor lewiniene li s-au adus critici legate de caracterul empiric al experienţelor de „manipulare" comportamentală, de scotomizare a proceselor afective. KAES vorbeşte chiar de o iluzie grupală care rezultă dintr-un mit ştiinţific.

J. L. MORENO, bazîndu-se pe conceptul de spontaneitate creatoare şi pe observaţiile pe care le face cu ocazia terapiei psihodramatice, stabileşte o serie de criterii şi principii, referitoare la legile sociodinamicii :

- legea sociogenetică (cele mai complexe forme de organizare se realizează ca şi cele mai simple) ;
- legea dinamicii (izolaţii „sociometrici" au tendinţa de a rămîne izolaţi în structurile sociale formale, cu atît mai mult cu cît numărul contractelor sociale este mai mare) ;
- legea gravitaţiei sociale (există un raport între atracţiile şi respingerile dintre două grupuri care se „deplasează" unul către altul).

Sociometria măsoară afinităţile interpersonale, dinamica, manipularea şi perceperea lor. Unul dintre principiile psihanalizei lui FREUD este bazat pe afirmaţia că pentru un individ „celălalt" joacă rolul de model al unui obiect, al unui asociat sau al unui adversar. În acest spirit, după M. PAGES, viaţa grupului apare ca „un efort solidar pentru a stabili o apărare

Scanned with OKEN Scanner

colectivă contra angoasei". Identificarea cu grupul reprezintă forma cea mai veche de legătură afectivă. Psihanaliza afirmă acțiunea dinamică, la nivelul grupului, a unei adevărate rețele de transferuri, identificări, de proiecții și de introiecții, pe care terapeutul le poate identifica și orienta. Melanie KLEIN depășește concepția freudiană, oprită la fantasmele oedipiene, pentru a folosi dinamica grupului în terapie. Studiile cele mai recente ale psihanaliștilor consideră activitatea grupului ca o dezbatere cu fantasmele subiacente, mascînd și relevînd totodată pregnanța activității fantasmice în existența subiectului.

În practica psihiatrică, dinamica grupului este folosită ca agent terapeutic, fie că este vorba de psihodramă sau psihoterapii de grup (între care cele analitice își au deja un loc aparte), fie că este vorba de cluburi terapeutice care permit o reinserție gradată, începînd cu adaptarea la relațiile microculturale.

373. DINAMICA PERSONALITĂȚII ● Personalitatea umană poate fi considerată, după PICHOT, ca organizare dinamică a aspectelor cognitive, conative și morfofiziologice ale individului. Oricare dintre domeniile personalității individuale trebuie studiat în raport cu structura, dinamica și geneza sa, aceasta fiind singura modalitate de a-l face inteligibil. Cercetarea aspectului dinamic al structurii de personalitate constă în „analiza forțelor care determină evoluția structurii personale și adaptarea sa generală".

„Aparatul psihic este teatrul unei intense circulații de afecte" (PELICIER), care sînt modelate fără oprire, remaniate și deplasate. În cadrul acestei deplasări se produce o permanentă confruntare între forțele pulsionale și apărările Eului. Noțiunea de conflict are un caracter esențial în înțelegerea dinamicii personalității, în sensul caracterului inseparabil al cuplului conflicte/pulsiuni. Conflictul survine fie între pulsiuni contradictorii, fie între instanțele diverse ale aparatului psihic.

Psihanaliza leagă complexul Oedip de dinamica unor conflicte ulterioare pe care acesta le structurează sau le determină. Analizînd raportul dintre conflictele actuale, dispoziția psihologică și traumele anterioare, precum și expresia lor comportamentală, J. MASSERMAN dezvoltă principiile psihiatriei dinamice (1956). Acestea reunesc atît noțiunile psihanalitice referitoare la organizarea personalității, cît și corelatele biodinamice privitoare la comportament. Corelația și interrelația spațiu-timp joacă un rol deosebit, după acest autor, în descrierea fenomenelor psihice.

374. DINAMICĂ — *psihologie* ● Teorie care caută să explice comportamentul prin interacțiunea unor forțe interne ca : pulsiuni, trebuințe, motive, dorințe. În concepția unor asemenea teorii, aceste forțe constituie sursa dinamogenă, energetică a comportamentului, care îl orientează spre un scop specific și îl menține la un anumit nivel de activare pînă la realizarea acelui scop. Una din teoriile psihodinamice care utilizează conceptul de trebuință este cea elaborată de K. LEWIN. Trebuințele, în concepția autorului, sînt forțe a căror energie inițiază orice acțiune. Trebuințele sînt legate de obiectele din mediu care pot avea semnificații (valențe) pozitive sau negative. O altă teorie în care conceptul de trebuință are un rol central este cea a lui H. MURRAY. Și aici trebuința este considerată ca forță care stă la originea acțiunii. În general, teoriilor care utilizează noțiunea de trebuință le este comun faptul că scot în evidență relația dintre satisfacerea trebuinței și reducerea tensiunii psihice a organismului.

375. DINAMISM (cf. gr. *dynamis* „putere") ● Concepție idealistă care consideră că factorul primordial al existenței nu este materia (înțeleasă ca substanță), ci mișcarea sau forța pură. Principalii reprezentanți ai acestei concepții în tradiția filozofică sînt LEIBNIZ și SCHELLING. La sfîrșitul secolului al XIX-lea dinamismul a renăscut sub forma energetismului, inițiat de către W. OSTWALD, care susține că substratul ultim al realității fizice îl constituie nu structurile atomice, ci fluxurile sau cîmpurile energetice, capabile de substanțializare în particule materiale.

376. DINEZIN(M) U.R.S.S. — DCI *Dietazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Este eficient numai în tratamentul psihogeniilor și în afecțiuni psihosomatice.

377. DININTEL(M) Franța — DCI *Clobenzorex* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-(o-clorbenzil)-α-metilfenetilamină, recomandat pentru bunele efecte în combaterea și corectarea unor inconveniente ale curei NL îndelungate (obezitate, adinamie) → PSIHOSTIMULENTE.

378. DINOFOBIE(F) (cf. gr. *dinos* „vîrtej" și *phobos* „frică") → sin. VERTIGOFOBIE(F).

379. DINSIDON(M) Chile — DCI *Opipramol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzaze-

pinic de tip 4-/3-(5H-dibenz/b,f/azepin-5-il) propil/-1-piperazin etanol, cu acţiune antidepresivă medie, dar bun anxiolitic şi sedativ hipnotic, fapt pentru care este considerat de către unii autori tranchilizant cu acţiune antidepresivă. Nu se va asocia totuşi cu IMAO.

380. **DIOCURB**(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină — amină simpaticomimetică; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

381. **DIOGENE**(S) *sindrom* ● Sindrom (descris de şcoala de psihiatrie americană Mc MILLAN — 1966) la persoane de vîrstă înaintată, care duc o viaţă singuratică, extrem de neîngrijită, o veritabilă subzistenţă (deşi, uneori, după decesul lor, se găsesc sume mari de bani). Aceşti bolnavi sînt suspicioşi, iritabili, agresivi, refuză orice contact sau ajutor. Hrana se restrînge la un nivel subminim, ceea ce le reduce extrem de mult rezistenţa faţă de bolile somatice şi creează supramortalitate (A. M. CLARK, G. GRAY).

Numele sindromului a fost inspirat de numele filozofului grec DIOGENE, fondatorul şcolii cinicilor, cunoscut pentru viaţa extrem de austeră pe care o ducea, mergînd pînă acolo încît şi-a amenajat locuinţa într-un butoi de lut.

382. **DIOLENE**(M) Italia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate izopropil-carbamate, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranţă.

383. **DIOLOXAL**(M) S.U.A. — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

384. **DIONISIAC** (Dionysos — zeu grec al viţei de vie, vinului şi beţiei) ● Termen consacrat în estetica şi filozofia culturii de lucrarea lui F. NIETZSCHE: „Naşterea tragediei din spiritul muzicii" (1872) Prin analogie cu reprezentarea mitologică a lui Dionysos, zeul elin al dansului extatic, al beţiei neînfrînate şi al delirului orgiastic, principiul proteic al dinamismului orb, inconştient şi lipsa de măsură, dionisiacul este un tip de personalitate la care dominanţa o reprezintă un anumit gen de creaţie spirituală, dominată de dezordine, haos, anarhie, mascate de un dinamism care, în fond, reprezintă dizarmonie în acţiune; este o creaţie distructivă, pigmentată cu impulsuri abisale, patos şi senzualitate, realizînd un decor care la prima vedere poate oferi extroversie şi bonomie. În concepţia lui NIETZSCHE, dionisiacul formează o desăvîrşită unitate cu apolinicul — principiul formei echilibrate, al măsurii şi ordinii instituite de calmul şi seninătatea contemplării, principiu simbolizat de Apollo, zeul luminii şi armoniei, personificînd rigoarea gîndirii şi înaripare a visului. Expresia cea mai înaltă a contopirii acestor două principii se întruchipează în epopeea homerică şi în marile tragedii ale Greciei antice.

385. **DIPAM**(M) Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

386. **DIPARCOL**(M) Anglia, Franţa ● Neuroleptic, sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DINEZIN(M) U.R.S.S.

387. **DIPAZ**(M) Ecuador ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

388. **DIPHENIN**(M) U.R.S.S. — DCI *Fenitoinum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FENITOIN(M) Romania.

389. **DIPHERGAN**(M) Polonia — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN(M).

390. **DIPLEGIE CEREBRO-CEREBELOASĂ CLARK** (cf. gr. *dis* „de două ori" ; *plege* „lovitură") — sin. AMIOTONIE GENERALIZATĂ ; ASTATIC-ATONIC(S) sindrom ; ATONIE ASTATICĂ ; DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ ; FÖRSTER(B) boală ● Este una din varietăţile clinice ale encefalopatiei infantile, de etiologie încă nedeterminată, care apare la nou-născut, caracterizată prin flacciditate musculară şi laxitate articulară anormală, fără atrofii şi fără alteraţii de motilitate voluntară, cu excepţia astazoabaziei.

Trăsătura clinică fundamentală a sindromului aton encefalopatic sechelar (boala lui Förster) este hipotonia-atonia generalizată. Reflexele osteotendinoase sînt exagerate, uneori apare

Scanned with OKEN Scanner

semnul lui Babinski. Tabloul clinic se manifestă din primele zile, cînd nou-născutul nu se comportă motor conform acestei perioade (mişcări spontane).

Diagnosticul sindromului encefalopatic sechelar aton este relativ dificil. Asocierea unei retardări psihice, a semnelor piramidale şi a crizelor convulsive fac posibilă diferenţierea de alte sindroame atonice ale sugarului.

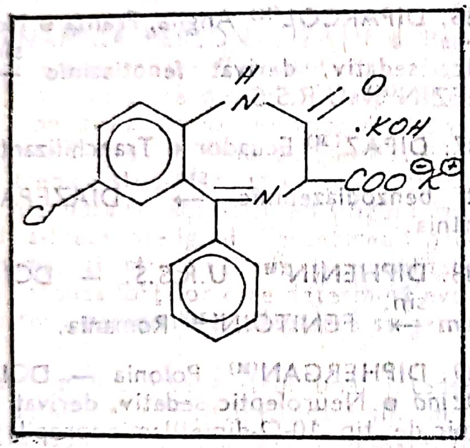
Tratamentul vizează recuperarea motorie, prevenirea agravărilor şi combaterea unor complicaţii.

391. DIPLEGIE SPASTICĂ INFANTILĂ

sin.

→ LITTLE(B) boală.

392. DIPOTASSIUM CLORAZEPATE(DCI) ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă şi sedativă. Buna sa toleranţă



cît şi efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare. Constituie principiul activ pentru numeroşi produşi farmaceutici, dintre care cei mai cunoscuţi sînt:

TRANXENE(M)	Anglia, Belgia, Canada, Franţa, Grecia, Olanda, S.U.A.;
TRANXILIUM(M)	Argentina, Austria, Elveţia, R.F.G., Spania.

Alţi produşi avînd la bază acelaşi principiu activ sînt cunoscuţi sub numele:

ANSIOPAZ(M)	Peru
ANXIDIN(M)	Finlanda
AUDILEX(M)	Grecia
BELSEREN(M)	Belgia
BELSERENE(M)	Mexic
COVENGAR(M)	Argentina
ENADINE(M)	Argentina
FLAMINA(M)	Argentina
MEDIPAX(M)	Portugalia
MENDON(M)	Japonia
MODERANE(M)	Argentina
NANSIUS(M)	Spania
NEVRACTEN(M)	Mexic
PSICOPAZ(M)	Ecuador
TENCILAN(M)	Argentina
TRANEX(M)	Iugoslavia
TRANSENE(M)	Italia
TRANXEN(M)	Danemarca
TRANXENE-SD(M)	S.U.A.
TRANXILEN(M)	Suedia
TRANXILENE(M)	Franţa
TRANXILIUM(M)	Spania
UNITRANXENE(M)	Belgia
VERAX(M)	Mexic.

393. DIPOLDISM ● Variantă a sadismului sexual, al cărei nume a fost inspirat de cel al studentului jurist Andreas Dippold, care, în scopul obţinerii plăcerii sexuale, şi-a omorît elevul pe care-l medita.

394. DIPRAZIN(M) U.R.S.S.; **DIPROZIN**(M) Anglia — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetil-aminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN(M).

395. DIPSOFOBIE(F) (cf. gr. *dipsa* „sete"; *phobos* „frică") ● Desemnează frica de a bea — termenul avînd extindere şi pentru frica de lichide în general. Constituie o prezenţă rară în psihopatologie.

396. DIPSOMANIE (cf. gr. *dipsa*; mania „nebunie") — sin. ENOMANIE; FURIE DE A BEA; METILEPSIE; OINOMANIE; SOMALCOOLOZĂ ● Formă particulară de alcoolism (alcoolismul paroxistic) a cărei etiologie rămîne încă necunoscută şi care se caracterizează prin accese intermitente, periodice, cu caracter irezistibil şi impulsiv, în care subiectul consumă cantităţi mari de băuturi alcoolice, fără ca el să fie un consumator obişnuit de alcool sau fiind practic abstinent între crizele dipsomanice. Accesul este precedat de o perioadă de sete, putînd dura săptămîni, în care bolnavul este neliniştit, iritabil, trist, inapetent, prezintă insomnii. Este incapabil să se oprească după primul pahar băut, ajungînd pînă la o stare de beţie profundă, urmată de regulă de amnezie. De asemenea, în timpul accesului dipsomanic pot apare automatisme ambulatorii, fugi, „fantasme criminale, comportament sexual anormal, acţiuni delictuale şi chiar sinucideri" (H. EY şi BERNARD). Accesul este urmat de cele mai multe ori de o stare depresivă.

Scanned with OKEN Scanner

în care subiectul dezvoltă idei de culpabilitate și autoacuzare. Este mai frecvent la femei, ca formă de alcoolism (15% din alcoolice) și debutează în jurul vîrstei de 30 de ani. S-au încercat o serie de explicații, dintre care mai cunoscute sînt asimilarea cu un echivalent compulsiv epileptic (MARCHAND și AJURIAGUERRA) sau cu episoade afective primare periodice. Această ultimă ipoteză este contrazisă de studiile lui HIRSCHFELDT (1982), care arată caracterul secundar al unor episoade pseudodipsomanice în cadrul unor psihoze afective bipolare (în fazele maniacale).

Psihiatrii de orientare psihanalitică consideră accesele dipsomanice drept o regresie sau o fixare de o conduită morală arhaică, cu semnificație compensatorie, a dificultăților și eșecurilor mai pronunțate ca în alte forme de alcoolism (BERNARD și TROUVÉ). Fără a putea lămuri ceva în plus asupra etiopatogeniei, o serie de autori anglosaxoni au denumit dipsomania — alcoolism de week-end/fiesta, drinking hang over, subliniind expresiile unor caractere clinice. JELLINEK îl include în clasificarea sa sub numele de alcoolism epsilon.

397. **DIQUEL**(M) S.U.A. — DCI *Etimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/-2-etilfenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antiemetică și anxiolitică.

398. **DIRECTIVITATE** (cf. lat. *directus* „drept") ⟶ NEUTRALITATE.

399. **DIS-** (cf. gr. *dys-*) ● Prefix cu sens privativ.

400. **DISABILITATE** (cf. gr. *dys-* ; lat. *abilitas*) ● Incapacitate pasageră durabilă sau permanentă, limitată la o funcție instrumentală, motorie, senzorială, adaptativă etc. sau asociind mai multe dintre acestea care influențează negativ viața subiectului aflat în condiții normale de existență și pe care acesta o poate compensa, substitui în mod satisfăcător. O incapacitate mai accentuată și necompensată de către subiect constituie un handicap. Deficitul hemiparetic, dificultățile de învățare, indiferența afectivă care pot apărea după un accident vascular cerebral constituie disabilități. Se vorbește de disabilități fizice și psihice. Termenul nu este menționat în Dicționarul de Neologisme (Ed. Academiei R.S.R., 1978), dar se utilizează în ultima vreme în limbajul psihiatric, probabil prin asocierea cu antonimul său abilitate, consacrat în psihologie.

401. **DISARIM**(M) Portugalia — DCI *Clordiazepoxide* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

402. **DISARITMETRIE** (cf. gr. *dys-* ; gr. *arithmeo* „a număra") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISCALCULIE.

403. **DISARTRIE** (cf. gr. *dys-* ; gr. *arthron* „articulație") ● Tulburare fonetică a limbajului, caracterizată prin dificultatea articulării cuvintelor, determinată de tulburări în execuția mișcărilor coordonate sincron ale aparatului fonator, la care se pot adăuga tulburările de ritm ale vorbirii și modificările modulației vocii. Are la bază o afecțiune neurologică sau musculară. Se observă îndeosebi în legătură cu pronunțarea consoanelor.

PERLSTEIN diferențiază disartria, pe care o consideră o tulburare secundară leziunilor neuromusculare ale aparatului fonator sau leziunilor aparatului auditiv, de dislalie care, după AJURIAGUERRA, ar fi o tulburare primară de vorbire. Dizartria este deosebită de afazie, în care există afectarea concomitentă a limbajului anterior și care are origine corticală. Balbismul, care asociază tulburări de articulare a cuvintelor cu contracții tonice sau clonice ale musculaturii fonatorii, fiind o manifestare de tip nevrotic, nu justifică încadrarea lui în disartrii.

În etiologia disartriei sînt incriminate cauze vasculare, tumorale, traumatice, degenerative (siringobulbie), toxice (alcoolism cronic, intoxicația cu barbiturice, cu săruri de litiu), infecțioase (lues) etc. Leziunile interesează zona rolandică, nucleii nervilor cranieni VII, IX, X, XI, XII. Disartria consecutivă va fi de tip extrapiramidal, piramidal, cerebelos, pseudobulbar. În alte cazuri, afecțiunea de bază se limitează la musculatura fonatorie. În forma sa cea mai gravă disartria duce la ANARTRIE.

404. **DISAUTONOMIE FAMILIALĂ** (cf. gr. *dys* ; *autonomos* „care se conduce după legi proprii, autonom" $\xrightarrow{\text{sin.}}$ RILEY-DAY(S) sindrom.

405. **DISBAZIE** (cf. gr. *basis* „mers") ● Termen generic care desemnează tulburările actului motor al mersului. Simptomul poate fi întîlnit într-o serie de afecțiuni vasculare, neurologice sau psihiatrice, avînd deseori valoare diagnostică. Claudicația intermitentă vasculară (displazia angiosclerotică) este un semn carac-

Scanned with OKEN Scanner

teristic al insuficienței arteriale cronice și constă dintr-o crampă dureroasă a musculaturii gambei, care apare după un efort de o anumită intensitate și diminuează progresiv în stare de repaos. În tabes mersul este nesigur, tatonat, cu baza de susținere lărgită, festonat în zig-zag. Disbazia se întîlnește de asemenea în polinevrite, scleroze combinate etc., afecțiuni în care se constată tulburări mari ale sensibilității proprioceptive conștiente. Disbazia lordotică progresivă (boala Ziehen-Oppenheim, distonia musculară deformantă) este o afecțiune rară, de origine nedeterminată, caracterizată prin mișcări involuntare, neregulate, de contorsiune, ale mușchilor trunchiului și extremităților, apărînd mai des în mers. Manifestări dizbazice cu caracter particular se observă în isterie (mers dezordonat sau „prețios"), stări depresive (lipsă de vitalitate și evitare în deplasare), demențe, oligofrenii (dezorganizarea mișcărilor).

406. **DISBULIE** (cf. gr. *dys* ; *boule* „voință") ● Termen generic referitor la tulburările motivațional-volitive, care pot lua un aspect specific (suport motivațional precis) sau nespecific (pierderea suportului motivațional). În categoria disbuliilor intră tulburări cu aspect predominant calitativ (hiperbulia, hipobulia, abulia) sau calitativ (impulsivitatea, parabulia), fără ca vreunul din aceste aspecte să poată caracteriza pe deplin tulburările (în care de fapt este inclusă atît nunața cantitativă cît și calitativă) ; de exemplu, hiperbulia electivă a toxicomanului este de fapt o prăbușire a voinței, cu polarizarea întregii energii către obținerea drogului.

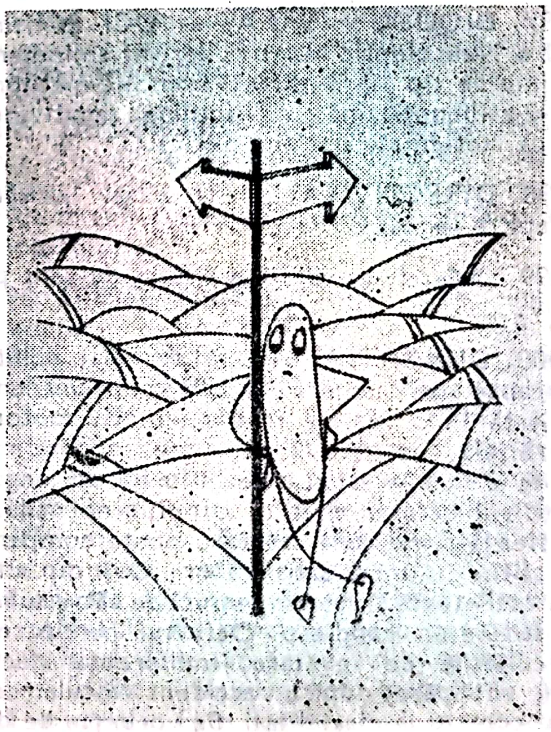
Disbuliile pot fi întîlnite ca expresie a modificărilor secundare pe care tulburările psihice le antrenează în oricare din entitățile psihiatrice, acest lucru datorîndu-se faptului că voința este o funcție de sinteză, în a cărei realizare sînt implicate afectivitatea, gîndirea, claritatea cîmpului de conștiință, conștiința de sine etc. → VOINȚĂ.

407. **DISCALCULIE** (cf. gr. *dys* ; *calculus* „socoteală") — sin. DISARITMETRIE (BESLAY) ● Tulburare de operaționalitate aritmetică, constînd în incapacitatea parțială sau totală de învățare sau aplicare a regulilor matematice. Cu caracter tranzitoriu, se întîlnește la copii cu inteligență normală, dar retardați în ceea ce privește formarea capacității de structurare a spațiului. Discalculia totală și incurabilă prin metode de reeducare se întîlnește în oligofrenii grave, encefalopatii, demențe.

408. **DISCEFALIE** (cf. gr. *dys* ; *kephale* „cap") ● Dismorfie craniofacială cu apect caracteristic de „profil de pasăre", la care se asociază : microcefalie, microoftalmie, cataractă congenitală, anomalii dentare, hipotricoză, atrofie cutanată localizată, nanism (în 50% din cazuri), întîrziere mintală.

409. **DISCEFALIE CU CATARACTĂ CONGENITALĂ ȘI HIPOTRICOZĂ (ULLRICH)** — sin. PROGERIE CRANIO-FACIALĂ CU ALTERĂRI OCULARE (STREIFF) ; ULLRICH-FREMERY-DOHNA[s] sindrom → HAERMANN-STREIFF-FRANÇOIS[s] sindrom.

410. **DISCERNĂMÎNT** (cf. lat. *discernare* „a distinge, a deosebi") ● Capacitatea unei persoane de a-și da seama de faptele comise, precum și de urmările acestora, de a distinge între bine și rău. Existența discernămîntului este una din condițiile sine qua non ale răspunderii civile, delictuale, penale sau administrative. Este o funcție dinamică de sinteză și integrare a psihismului normal, ce conferă individului capacitatea și calitatea de a efectua conștient — deliberat și subiectiv — motivat în contextul dat al unei situații, fapte sau acțiuni concrete,



realizînd deplina cunoaștere a consecințelor acestora pentru sine și societate, Rezultat al sintezei dintre personalitate și conștiință, sinteză ce are loc în momentul îndeplinirii unei acțiuni, discernămîntul este, după PREDESCU, o emanație a acestor două mari funcții integratoare ale psihismului, prezența sa presu-

Scanned with OKEN Scanner

punind existența criteriului etico-moral și respectiv, a capacităților cognitiv-volitive.

În jurul noțiunii de discernămînt se structurează teoria și practica expertizei medico-legale psihiatrice, ea fiind definită și operațională pentru și numai în cadrul acestui domeniu al psihiatriei clinice aplicate. Cele patru intensități convenționale de gradare a discernămîntului au doar parțial corespondent în aprecierea responsabilității, discernămîntul abolit = iresponsabilității. Instanța de judecată apreciază conform legii: discernămînt scăzut sau mult scăzut drept circumstanțe atenuante. Aprecierea discernămîntului este condiționată de caracterul de organizare motivată a faptei, de structura și gradul de dezvoltare a personalității, precum și de structura conștiinței în momentul comiterii faptei. Fiecare dintre aceste trei categorii de fenomen se reflectă și se condiționează reciproc, toate constituind un sistem de circumscriere a ceea ce este particular fiecărui caz în parte.

Ca și conștiința, discernămîntul se poate situa pe o scară cu un număr infinit de trepte, cuprinse între două extreme, abolirea și integritatea, astfel încît stabilirea sa rămîne o problemă dificilă, ce trebuie întotdeauna în mod judicios argumentată și obiectivată.

411. **DISCIMER**(M) Grecia — DCI. *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1- piperazinil) propil/-2-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă cu valențe anixolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN(M).

412. **DISCOLISM** (cf. gr. *dys*; *chole* „fiere") ● Termen căzut în desuetudine, prin care era denumită starea de pesimism, dispoziție tristă, inactivitate. Era folosit de către vechii adepți ai teoriei determinării temperamentului de către predominanța unei anumite umori — în cazul de față bila.

413. **DISCONEXIE** (cf. gr. *dys*; *conexio* „înlănțuire logică") ● Tulburare de tip afazic caracterizată prin lipsa de fluență, rostirea izolată a cuvintelor, rezultată din incapacitatea de legare a acestora în sintagme. Uneori, incapacitatea de a forma sintagme poate coexista cu persistența unor sintagme cu caracter stereotip.

414. **DISCORDANȚĂ** (cf. fr. *discordance*: vezi lat. *discordare* „a fi în dezacord") ● Termen introdus de CHASLIN (1912) pentru a înlocui pe cel de demență din conceptul kraepelinian de demență precoce, definind incoerența, defectul de coeziune și unitate al conștiinței și personalității schizofrenului. Discordanța înglobează o serie de concepte anterioare: „detașarea" (P. JANET), „Zerfahrenheit" (ZIEHEN), „Spaltung" (E. BLEULER), „ataxia intrapsihică" (STRANSKY). Simptomele discordanței „*simulează*" adesea foarte fidel demența: delir incoerent, indiferență, acte bizare de diferite tipuri sau inactivitate completă a inteligenței, ocupații de ordin inferior, stupoare cu atitudini bizare, acte incoerente etc.; în ciuda acestor simptome, de cele mai multe ori nu apar semne de slăbire intelectuală propriu-zisă, chiar pasageră, nici pierderi de memorie, nici erori de judecată (CHASLIN). Descrierea inițială a subliniat deci ceea ce H. EY va sintetiza ulterior definind discordanța prin atingerea globală a sferei gnoseo-intelectuale, instinctiv-afective și comportamentale. Termenul se substituie, în uzul clinic curent, noțiunii de schizofrenie („sindrom, psihoză discordantă"), fără să fie însă reținut de nomenclatura modernă standardizată. Expresia „discordanță schizofrenică" este în mod evident pleonastică.

Discordanța reprezintă tulburarea fundamentală a procesului schizofren, putînd fi regăsită ca notă comună a tuturor simptomelor sale, cu următoarele caractere: ambivalență, bizarerie, incomprehensibilitate, detașare. Efectul discordanței în manifestările clinice are numitor comun în sfera gîndirii, afectivității, comportamentului și în sistemul logic de comunicare. Recunoașterea penetranței termenului a fost subliniată de însuși E. BLEULER (1926), care declara că, dacă l-ar fi cunoscut, l-ar fi adoptat drept echivalent pentru „Spaltung".

415. **DISCRET** (cf. lat. *discretum* — part. vb. *discernere* „a separa, a despărți") ● Discontinuu, împărțit în entități distincte, între care există delimitări nete. De aici sensul curent al discreției, care semnifică păstrarea pentru sine a opiniei proprii sau a celor știute despre ceilalți, neamestecul turbulent și dezagreabil în viața altora — virtuți decurgînd din afirmarea persoanei ca microcosmos ce se autolimitează, împiedicînd astfel pierderea identității și confundarea cu Eul celorlalți.

416. **DISCROMATOPSIE** (cf. gr. *dys*; *chroma* „culoare"; *ops*- „vedere") — sin. AMBLIOCROMAZIE ● Tulburare a analizatorului vizual constînd în imposibilitatea perceperii corecte a culorilor, a capacității de discriminare a culorilor, ca tulburare a simțului cromatic. Cel mai cunoscut defect este DALTONISMUL, aprecia-

ca manifest la aproximativ 5% din populaţie. Cu frecvenţă mult mai mică se intilneşte dificultatea de percepere a culorii galbene, verde etc. Cel mai adesea, discromatopsiile sint ereditare, dar percepţia culorilor poate fi modificată prin factori toxici (alcool etilic sau metilic, compuşi organofosforici) sau medicamente (digitala, beladona, cloramfenicolul, tetraciclina, atebrina, chinina etc.). În general, intreruperea tratamentului medicamentos şi a contactului cu toxicul permite remisia totală a tulburării de vedere (mai dificilă in cazul administrării atebrinei). Această remisie este favorizată şi de administrarea vitaminelor din grupul A şi B şi a spiramicinei. Discromatopsii apar şi in cursul unor afecţiuni somatice : diabet (simţul cromatic poate dispare total), ictere etc.

Discromatopsiile sint utile pentru diagnosticul diferenţial al tulburărilor calitative de percepţie vizuală — iluzii, halucinaţii.

417. **DISCURSIV** (fr. *discursif* ; cf. lat. *discursus* „discurs") ● Atribut al gindirii argumentative, riguros conformă cu schemele valide de raţionament. Spre deosebire de cunoaşterea intuitivă, care sesizează in mod spontan şi cvasi-instantaneu soluţia problemei, direct din considerarea premiselor, gindirea discursivă parcurge din aproape in aproape toate operaţiile unui algoritm logic, respectind cu strictețe derivarea prin raţionament corect din punct de vedere formal a concluziei din premise.

În mod normal, discursivitatea asigură o urmărire facilă şi o inţelegere adecvată din partea interlocutorului. Atunci cind se produce insă o detaliere excesivă a etapelor secvenţei logice, aceasta face ca discursul să fie mai greu de urmărit sau ca vorbitorul să nu mai ajungă niciodată la concluzii. Constituie o trăsătură caracteristică a discursului subiectului cu arterioscleroză cerebrală → CIRCUMSTANŢIALITATE.

418. **DISCURS LOGIC** (cf. lat. *discursus*) ● Sensul consacrat al termenului se referă la susţinerea unei expuneri asupra unui subiect. Se mai foloseşte şi pentru conţinutul verbal pe care o persoană il transmite altei persoane despre un anumit subiect. Un discurs logic trebuie să indeplinească in primul rind condiţia de a utiliza corect mijloacele logice in definirea termenilor şi alcătuirea propoziţiilor.

Spre deosebire de sfera normalităţii (care implică şi ea situaţii in care discursul logic poate suferi modificări — nivel cognitiv insuficient dezvoltat, minusuri de instrucţie, stări emoţionale covirşitoare etc.), psihozele şi procesele deteriorative aduc subiectul in imposibilitatea de a susţine un discurs logic, acesta apărind fragmentat, uneori paradoxal. Discursul logic al paranoiacului merită o atenţie aparte, pentru dificultăţile de diagnostic pe care le poate ridica, uneori, datorită inşelătoarei aparenţe de *„logică de fier"*, care păcătuieşte insă tocmai prin forţa sa impenetrabilă şi intransigenţă.

419. **DISEPRON**(M) Japonia — DCI *Spiclomazină* ● Neuroleptic sedativ, cu structură şi acţiune apropiată (discret mai modestă) derivaţilor aminofenotiazinici, de tip 8-/3-(2-cloro-10-fenotiazinil)propil/-1-tia-4,8-diazaspiro/4,5/decan-3-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică.

420. **DISERGAZIE** (cf. gr. *dys* ; *ergasia* „muncă, forţă activă") ● Termen aparţinind psihobiologiei create de Adolf MEYER, pentru a defini, alături de ANERGAZIE şi TIMERGAZIE, „reacţiile majore". Disergazia este determinată de o tulburare funcţională fără substrat organic (de natură toxică, infecţioasă, metabolică) → ERGAZIE, ERGAZIOLOGIE.

421. **DISESTEZIE** (cf. gr. *dys* ; *aisthesis* „senzaţie") ● Perturbare generală a proceselor perceptive (SIVADON), care apare, insoţeşte sau facilitează halucinaţiile.

422. **DISFAGIE** (cf. gr. *dys* ; *phagein* „a minca"). ● Dificultate in deglutiţie, insoţită de o senzaţie dureroasă. Frecvent intilnită in clinica psihiatrică, disfagia isterică trebuie diferenţiată de disfagia simptom din afecţiunile organice ale nervilor IX, X şi XI sau ale nucleilor acestora. În general, ia aspectul clasic de „nod in git" sau „glob isteric" şi este descrisă ca o senzaţie care urcă din stomac spre faringe, producind o impresie de strangulare. Nu se află intotdeauna in legătură cu alimentarea.

423. **DISFAZIE** (cf. gr. *dys* ; *phasis* „vorbire") — sin . AFAZIE DE DEZVOLTARE ● Apariţia cu intirziere la copil a inţelegerii cuvintelor şi a dezvoltării limbajului articulat in condiţiile unei dezvoltări psihosomatice normale ; fenomenul se ameliorează, de regulă, progresiv, pină la dispariţie, la 10—12 ani.

424. **DISFEMIE** (cf. gr. *dys* ; *pheme* „mesaj") ● Termen folosit pentru a desemna tulburările de pronunţare a cuvintelor, care se intilnesc cu predilecţie in nevrozele motorii → LOGONEVROZĂ.

425. **DISFONIE** (cf. gr. *dys* ; *phone* „voce") ● Modificarea temporară sau permanentă a vocii, interesind timbrul şi intensitatea acesteia, ca urmare a unei afecţiuni a aparatului motor al fondaţiei, a dispozitivului nervos al aceluiaşi

Scanned with OKEN Scanner

act (nervi, nuclei, cale, zonele corticale) sau a unei psihogenii. Poate fi acută sau cronică.

● *Disfonia acută* — se instalează brusc și este determinată de :

- laringita acută din bolile infecțioase sau asociată unei boli alergice, pulmonare, sinuzite ;
- paralizii recurențiale acute ce pot apare in gripă sau postoperator (intervenții tiroidiene, toracice) ; boli generale acute cu alterare gravă a stării generale ;
- intoxicații acute cu alcool, barbiturice, tricloretilen, thaliu, atropină, toxină botulinică ;
- afecțiuni neurologice : accident vascular cerebral, sindrom bulbar și pseudobulbar ;
- traume psihice.

● *Disfonia cronică* — se intilnește in :

- laringita cronică : nespecifică (intreținută de tabagism, alcoolism, faringoamigdalite, sinuzite, rinite cronice, pneumoconioze) ; specifică (tuberculoasă, luetică) ;
- tumori laringiene benigne și maligne ;
- paralizia postoperatorie a nervului recurent ;
- polinevrite (postdifterică, după intoxicația cu thaliu) ;
- afecțiuni ale sistemului nervos central consecutive accidentelor vasculare cerebrale, tumori cerebrale, siringomielie, scleroză in plăci ;
- afecțiuni endocrine : mixedem, boala Addison ;
- surmenaj vocal.

Bolile psihice in care poate apare sub forma acută sau cronică sint isteria și schizofrenia.

426. **DISFORIE** (cf. gr. *dysphoria* „suferință intolerabilă, agitație") ● Termen construit prin contrast cu euforia (MARCHAIS), semnificind o stare dispozițională in care depresia se asociază cu excitabilitatea crescută (uneori cu impulsivitate și agresivitate)

Logoreea și anxietatea pot fi notate deseori ca fenomene secundare, de insoțire a acestei stări timice, care aparține dispozițiilor polarizate de tip depresiv (deci nu este o stare mixtă in care depresia se combină cu euforia, cum au incercat să acrediteze unii autori) ; nu poate fi fi acceptată nici opinia lui KAHN, care incadra disforicii in grupa psihopatiilor hipotimice (compusă din anxioși, pesimiști și depresivi). Termenul este mult mai apropiat de dispoziția iritabilă a lui KRAEPELIN și corespunde in mare măsură descrierii făcută de K. SCHNEIDER tipuluidepresiv-morocănos („der missmiitige Depressive") : morozitate, iritabilitate, pesimism, răutate, autodevalorizare. Se intilnește in stări psihopatoide (postencefalitice, toxice, traumatice), in epilepsii, in debutul demențelor lacunare. In alcoolismul cronic devine o veritabilă *„dispoziție bazală"*, iar in dipsomanie poate preceda și mai ales succeda accesele.

Stările mixte din psihozele afective sint caracterizate adesea de această dispoziție, pe fondul căreia pot apare acte cu caracter autoagresiv și, mai rar, heteroagresiv. Disforia poate fi intilnită și intr-o serie de dizarmonii ale personalității (excitabilă, explozivă, distimică etc.).

427. **DISFRENIE ANTITONICĂ** (cf. gr. *dys* ; *phren* „spirit") ● Termen acreditat de Van der SCHEER pentru a defini un sindrom caracterizat prin : melancolie anxioasă, negativism, neincredere, ostilitate (in special față de familie) ; este intilnit in demențe, evidențiind un prognostic nefavorabil.

428. **DISFUNCȚIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM)**[(s)] *sindrom* — sin. COPIL ACTING OUT ; COPIL HIPERACTIV ; COPIL INSTABIL (ABRAMSON, 1940) ; COPIL TURBULENT (WALLON, 1925) ; COREE MINTALĂ (DEMOOR, 1901) ; HIPERKINETIC[(s)] sindrom (EISENBERG, 1957) ; IMPULSIV-HIPERKINETIC[(s)] *sindrom* ; SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINIM (minimal brain damage — GESEL și AMATRUDA, 1949) ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI ● CLEMENS descrie acest sindrom ; este axat pe următoarele elemente : hiperactivitate, distractivitate, impulsivitate, excitabilitate, tulburări de comportament, tulburări ale proceselor cognitive. Prevalența acestui sindrom diferă după diferiți autori in funcție atit de criteriile de diagnostic considerate, de metodele de investigație folosite, cit și de populația la care se referă. Pentru populația alcătuită din copii școlari, cifrele medii se situează intre 5—20% cazuri (PRECHTL, STEMMER, FROSTING, WITTLEY, STEWARD, WENDER, 1971), cu predominanța sexului masculin față de cel feminin (raport 4/1, 9/1). Pentru diagnosticarea DCM, ca și pentru tratarea lui, este necesară o colaborare interdisciplinară intre psihiatru, psiholog, logoped, pedagog. Terapiei medicamentoase i se adaugă psihoterapia și terapia pedagogică.

In legătură cu acest sindrom, D. CANTWELL arată că orientarea predominent organicistă păcătuia prin restringerea sferei numai la tulburări determinate de unele anomalii genetice, biochimice, de leziuni cerebrale peri- sau prenatale ; disfuncția cerebrală are in realitate o sferă de cuprindere mult mai mare, manifestindu-se practic in oricare afecțiune psihică

429. **DISGEUZIE** (cf. gr. *dys* ; *geusis* „gust") ● Tulburare a simțului gustativ, în care percepțiile diverselor substanțe organoleptice sînt confundate. Apare în intoxicațiile cu tetraetil de plumb, unde se percepe un gust dulce sau metalic, în tratamente îndelungate cu penicilină, unde gustul dulce este perceput ca amar, în epilepsie și schizofrenie, alături de halucinații la nivelul altor analizatori.

430. **DISGONOSOMIE** (cf. gr. *dys* ; *gonos* „procreație, sex" ; *soma* „corp") ⟶ ABERAȚIE CROMOZOMIALĂ.

431. **DISGRAFIE** (cf. gr. *dysgraphein* „a scrie") ● Incapacitatea parțială a unui subiect de a scrie. Se manifestă prin inversiuni de litere, adăugiri, omisiuni, deformări de litere, substituiri ale cuvintelor sau grupurilor de cuvinte, plasarea anormală a cuvintelor în spațiul paginii, lipsa de coerență logică a ideilor. Aceste aspecte pot avea diferite intensități și se pot manifesta în diferite combinații. Etiologia incriminează factori genetici, educaționali, lezionali. În psihopatologie se întîlnește în oligofrenii, demențe, schizofrenie și in leziuni corticale de natură traumatică, vasculară, tumorală.

Poate fi însă întîlnită accidental și la subiecți normali (distragerea atenței, epuizare, instrucție insuficientă).

432. **DISIMULARE** (cf. lat. *dissimulare* „a ascunde") ● Acțiunea de a ascunde sau masca stări sufletești, sentimente sau afecțiuni psihice ori somatice. Motivele disimulării sînt diverse de la dorința de a proteja anturajul, familia, de aflarea unei vești triste, pînă la menținerea unei stări de spirit optime în grupul condus de un lider, sau *„disimularea profesională"* a actorului care exprimă pe scenă trăiri sufletești opuse propriilor sale trăiri. Disimularea, ca trăsătură negativă de caracter, este întîlnită la personalitățile accentuate sau structurate dizarmonic (cînd capătă forma minciunii intrigante sau a ipocriziei menite să mimeze sinceritatea, loialitatea, cinstea, buna credință). Iago, Tartuffe, Hagi-Tudose, Ilie Moromete și o bună parte din personajele caragialiene (citarea este fortuită și departe de a fi bogată) oferă modelele diferite, grosiere sau subtile, ale posibilităților de disimulare, atit de abundent reprezentată în natura umană.

Disimularea este uneori socialmente necesară („minciunile convenționale" — Max NORDAU, 1883). În practica medico-legală disimularea se întîlnește la indivizii care ascund leziuni sau boli în scopul obținerii unor avantaje sau al inducerii în eroare a organelor judiciare. În clinica psihiatrică, disimularea este întîlnită la structuri dizarmonice ale personalității, la toxicomani (cu o mare capacitate disimulativă în ascunderea viciului lor), la epileptici. Dizarmonicii, în perioadele de compensare, își ascund structura pentru a obține drepturi sau acte necuvenite (permis de conducere auto, încredințare de minori). În schizofrenia paranoidă cronică, bolnavii disimulează deseori simptomatologia psihotică, pentru a eluda tratamentul sau internarea în spital.

433. **DISIMULAT**(D) delir $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ASCUNS(D) delir.

434. **DISIPAL**(M), **DISIPALETTEN**(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Grecia, Israel, Italia, Olanda, S.U.A Suedia — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil-α-fenilbenzioxi)/etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepresive (intensitate mică), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare largă, fără restricții.

435. **DISKINEZIE** (cf. gr. *dyskinesia* „dificultate de mișcare") ● Termen utilizat în medicină cu următoarele semnificații :

- simptom caracterizat prin alterarea mecanismelor de reglare a activității motorii a organelor contractile interne : diskinezie intestinală, traheobronșică, uterină, biliară (care au și o componentă psihogenă importantă) ; s-a demonstrat experimental că starea de furie inhibă producția de bilă, pe cînd anxietatea și depresia o cresc ;
- distorsionarea mișcărilor voluntare, cu apariția unei activități musculare involuntare sub formă de ticuri, spasme, mioclonii.

Diskineziile din sindromul de impregnare neuroleptică se datorează acțiunii neurolepticelor incisive asupra substanței reticulate și nucleilor striați. Au o frecvență apreciată la 2% din cei cărora li se administrează aceste medicamente. După localizare se împart în :

- diskinezii facio-buco-linguo-faringiene ;
- diskinezii masticatorii ;
- diskinezii ale musculaturii faciale și cervicale ;
- diskinezii ale trunchiului și membrelor, realizînd crize de opistotonus, crize oculogire.

Au caracter acut şi apar sub forma unor accese, de obicei în primele 48 de ore de la administrarea neurolepticului incisiv. Crizele sînt însoţite de reflexe osteotendinoase vii, exagerate, plafonarea privirii, dereglării neurovegetative (paloare urmată de congestia feţii, transpiraţii). Apar pe un fond clar al cnştiinţei şi sînt însoţite de anixetate. Prognosticul este benign de obicei, criza cedînd la întreruperea medicaţiei sau la adăugarea de antiparkinsoniene, benzodiazepine. În cazuri foarte rare, fenomenele diskinetice acute iau o evoluţie cronică.

436. **DISKINEZII TARDIVE** ● Mişcări involuntare (ticuri, spasme, mioclonii) care apar la bolnavi trataţi vreme îndelungată cu neuroleptice, cu incidenţă de 30% Îmbracă următoarele forme clinice :

- forma discretă, cu localizare în special perioral sau la mîini ;
- forma medie, cu manifestări specifice la nivelul feţii, cu mişcări de masticaţie, protruzie a limbii, protruzia buzelor, grimase ; la nivelul membrelor superioare: strîngerea sau desfacerea mîinilor, flectarea sau deflectarea braţelor pe antrebraţ ; la nivelul membrelor inferioare : mişcări ample asemănătoare unui pseudoclonus, mişcări de pedalare ; la nivelul trunchiului : torticolis, mişcări de ridicare a umerilor ;
- forma majoră : sincinezii în mers, akatisie, mişcări coreiforme ; apar după ani de tratament.

Se pot evidenţia următoarele caracteristici ale diskineziilor tardive : apar după un tratament îndelungat cu neuroleptice, sînt declanşate de scăderea sau oprirea neurolepticelor, sînt permanente şi ireversibile, mişcările sînt anosognozice şi au caracter stereotip. Mecanismul de apariţie ar fi hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici.

437. **DISLALIE** (cf. gr. *dys* — prefix cu sensul de „dificil" ; *lalein* „a vorbi") ● Tulburare fonetică a expresiei verbale, determinată de modificarea funcţiilor aparatului locomotor, constînd în dificultatea sau imposibilitatea pronunţării unor sunete, grupuri de sunete sau cuvinte, acestea fiind omise sau substituite, vorbirea ca atare rămînînd oarecum cursivă. În dislalia de sunet, tulburarea fonetică se manifestă în mod preferenţial pentru anumite sunete, în dislalia de silabă pentru anumite silabe, în cea de cuvînt pentru anumite cuvinte. Nu sînt rare cazurile în care pronunţarea separată a sunetului, silabei, cuvîntului este posibilă, dislalia manifestîndu-se *numai* cu ocazia introducerii lor într-un anumit context verbal. PERLSTEIN face distincţia între dislalie, tulburare primară de vorbire (AJURIAGUERRA) şi DISARTRIE, afectare secundară a vorbirii, datorată fie leziunilor auditive, fie celor ale aparatului neuromuscular care participă la fonaţie.

Dintre dislaliile laterale, care se pot prezenta sub o mare varietate de forme, sînt de menţionat :

- rotacismul (dislalia pentru R) — litera R este pronunţată prin vibrarea vălului palatin (probabil mecanism compensator la imposibilitatea producerii vibraţiei vîrfului limbii) ;
- gamacismul — dislalie pentru G şi C ;
- sigmatismul (sîsîiala) — sînt pronunţate defectuos sunetele înalte (S, Z, J) şi combinaţiile PS, TS, CS (dislalie dentară, avînd la origine progeria, prognatismul, implantarea vicioasă a dinţilor).

Este descrisă ca dislalie şi RINOLALIA (dislalie nazală), manifestată prin „vorbirea pe nas", care poate avea drept cauză polipoza nazală, dar şi tulburările de contracţie ale vălului palatin din parezele sau paraliziile acestuia.

În isterie, dislalia (rotacism, rinolalie) se manifestă în raport cu preţiozitatea limbajului, cu teatralismul şi manierismul.

438. **DISLEXIE** (cf. gr. *dys-* ; *lexis* „cuvînt") ● Tulburare a achiziţiei normale a lecturii şi a limbajului scris. Apare la copii fără deficit intelectual, normal dotaţi, fără nici o deficienţă senzorială sau motorie. Prima semnalare a tulburării dislexice îi revine lui KÜSSMAUL (1877), care descrie o cecitate verbală. Ulterior, mai mulţi autori, dintre care BERKHAN, HINSCHELWOOD, prezintă cazuri clinice la care apărea dificultatea lecturii, încercînd fără succes să găsească substratul neurologic al acestor tulburări. Tulburarea dislexică se manifestă prin inversiunea silabelor, mutilarea cuvintelor şi frazelor pînă la a le face de nerecunoscut. Se întîlnesc frecvent dificultăţi de lateralizare, de orientare în timp şi spaţiu, stîngăcie, motiv pentru care mulţi autori au atribuit-o unei predominanţe emisferice drepte. Deficitul se răsfrînge atît asupra lecturii, cît şi asupra ortografiei. Dacă în cele din urmă este posibilă citirea corectă (prin mijloace de reeducare), rămîne disortografia. Acest eşec se răsfrînge asupra caracterului, comportamentului, unii subiecţi devenind revoltaţi, alţii deprimaţi sau indiferenţi. Prin consecinţele sociale şi psihologice, dislexia constituie una din principalele probleme pedagogice. Cauzele acestei „infirmităţi sociale" (J. BOUTONNIER) nu sînt perfect elucidate, fiind cert totuşi

faptul că nu este legată de o tulburare neurologică. AJURIAGUERRA consideră că dislexia are la bază o lipsă de motivaţie pentru învăţare, o lipsă de curiozitate intelectuală pentru cunoaşterea lumii din jur. În dislexie se incriminează deseori factori afectivi, dar nu numai aceştia În realitate, este un fenomen cu etiologie complexă, în cadrul căreia intervin în parte ereditatea, în parte cauze afective şi pedagogice (care depind de atitudinea învăţătorului). Unele cazuri se ameliorează spontan la 8—9 ani. În alte cazuri defectul lasă sechele importante. Reeducarea constă în modificarea sistemului de gîndire al şcolarului, în sensul că acesta trebuie învăţat să-şi organizeze spaţiul şi timpul prin exerciţii ce utilizează combinaţii mobile de litere şi tot mai complexe, pînă la exerciţii ritmice Este foarte importantă atitudinea părinţilor şi a celorlalţi copii faţă de copilul dislexic, care nu trebuie să fie de depreciere, ci de apreciere, de încurajare, de reducere a anxietăţii. Este preferabil să se evite învăţarea cititului precoce (înainte de şase ani), după cum nu trebuie aşteptată agravarea tulburărilor odată instalate. Dacă după primele două luni şcolarul nu poate depăşi handicapul trebuie îndrumat la un cabinet psihopedagogic, unde vor fi apreciate atît nivelul de inteligenţă, cît şi tulburările de afectivitate. În urma precizării diagnosticului de dislexie vor fi stabilite şi măsurile de reeducare.

439. **DISLOGIE** (cf. gr. *dys* „dificil" ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Termen folosit de o serie de autori pentru a sublinia caracterul esenţial al limbajului bolnavilor atinşi de demenţă (SEGLAS, CRITCHELY, STENGEL, GOLDSTEIN, HECAEN). Dislogia semnifică nu numai inadecvarea legăturilor logice ale enunţului, ci şi inadecvarea răspunsurilor în raport cu situaţia dată, asociaţiile bizare între cuvintele discursului, incapacitatea de adecvare la condiţiile unei noi comunicări. Celelalte caractere ale limbajului bolnavilor demenţi ar fi : stereotipia, sărăcirea stocului lexical, absenţa controlului real asupra emiterii de răspunsuri, creşterea dezorganizării limbajului odată cu evoluţia bolii şi dificultăţile de înţelegere cu subiectul.

440. **DISMEGALOPSICE(1)** iluzii (cf. gr. *dys-* ; *megas* „mare" ; *ops* „vedere") — sin. DISMEGALOPSIE ● Iluzii vizuale cu caracter normal (aşa zisele „iluzii optice") sau patologic, constînd în percepţia deformată a obiectelor, care apar fie alungite, fie turtite sau lărgite. Aparţin categoriei metamorfopsiilor. În psihopatologie se întîlnesc în stările confuzionale de origine toxică.

441. **DISMENOREE** (cf. gr. *dys-* ; *men* „lună" *rhein* „a curge") ● Sindrom caracterizat prin durere lomboabdominală cu iradieri particulare (spre regiunea anală, inghinală, vezicală), la care se asociază manifestări neurovegetative polimorfe (greţuri, vărsături, transpiraţii profuze, bradicardie, midriază) ; apare primar (factori funcţionali) sau secundar unor leziuni morfologice. Sindromul survine premenstrual sau însoţeşte menstruaţia. Manifestărilor descrise li se asociază anxietate, depresie, stare de disconfort cenestezic general, iritabilitate şi, mai rar, tulburări ale stării de conştiinţă, sindrom fobic. Studiile publicate de FELINE şi LEMPERRIÈRE, în 1978, relevă o frecvenţă crescută a dismenoreei la femei cu o structură dizarmonică a personalităţii de tip isteric. Pentru autorii americani (LINN, 1985) dismenoreea este grefată de riscul suicidar (prin depresia cu care se însoţeşte) mai ales la bolnavele cu antecedente psihiatrice. Pentru tratamentul dismenoreei au fost propuse ca terapii : antidepresivele, serurile de litiu, terapia familială, bio-feed-back.

442. **DISMNEZIE** (cf. gr. *dys-* ; *mnesis* „memorie") ● Termen generic pentru denumirea tulburărilor funcţiei mnezice, de natură calitativă sau cantitativă.

În scop didactic, dismneziile pot fi clasificate astfel :

● *Dismnezii cantitative* :
- ● hipomneziile (mentisul şi viziunea retrospectivă) ;
- ● hipomneziile (lapsusul şi anecforia) ;
- ● amneziile :
  - — anterograde (de fixare) ;
  - — retrograde (de evocare) :
    - — localizate (lacunare) ;
    - — progresive (retro-anterograde) ;

● *Dismnezii calitative* (*paramnezii*) ;
- ● iluzii mnezice :
  - — criptomnezia
  - — falsa recunoaştere
  - — falsa nerecunoaştere
  - — paramnezia de reduplicare ;
- ● alomnezii :
  - — pseudoreminiscenţa
  - — ecmnezia
  - — confabulaţiile.

Această clasificare are un caracter artificial, orice tulburare calitativă presupunînd deja existenţa unui grad de dismnezie cantitativă ; practica curentă pune în lumină şi forme intricate.

443. **DISMETRIE** (cf. gr. *dys-* ; *metron* „măsură") ● Tulburare de coordonare motorie

voluntară, caracterizată prin imprecizia mișcărilor orientate în scopul atingerii unei ținte (obiect), aceastea putînd fi hipo- sau hipermetrice. Dismetria este prezentată în sindromul de impregnare neuroleptică, în unele faze ale demențelor, arterioscleroză cerebrală și în alte entități ale psihiatriei organice.

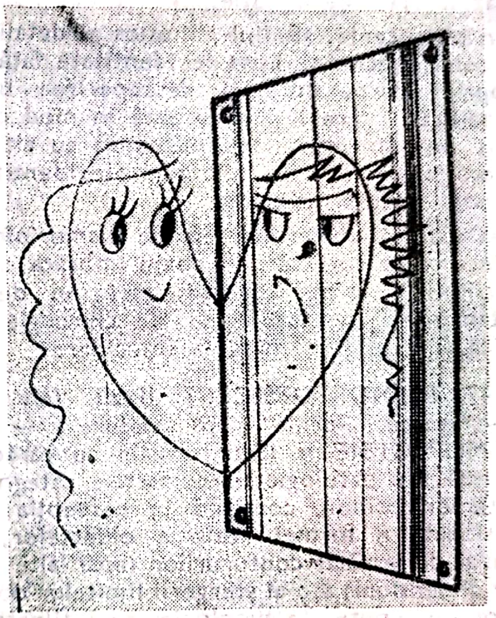
444. **DISMEZECTOPIE LAVAL** (cf. gr. *dys-* ; *moses* „mijloc" ; ektopizo „a se deplasa, a se îndepărta") — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER[B] boală ; ARAHNODACTILIE ; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE ; DOLICOMORFIE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ACHARD[S] sindrom ; MARFAN-ERB[S] sindrom →sin. DOLICOSTENOMELIE.

445. **DISMIMIE** (cf. gr. *dys-* ; *mim(e)ia* „imitație") ● Lipsa modulării expresivității mimicii în raport cu starea afectivă. GUIRAUD încadra aceste manifestări sub numele de „complexe parazite motorii" și includea aici rîsul fără motiv aparent, surîsul enigmatic, expresii mimice intermediare între rîs și plîns, dar și atitudini ciudate, ca aceea de flexie a trunchiului pe bazin, extensia capului pe spate, flexia lui anterioară, cu părul acoperind fața etc. După DROMARD, dismimiile se împart în PARAMIMII și NEOMIMII. Acestea din urmă se întîlnesc frecvent la deliranții cronici, mai ales paranoiaci sau paranoizi, cînd mimica și gesturile par misterioase pentru interlocutor (sînt legate de o idee care nu este cunoscută de acesta și deci nu are semnificație pentru el). S-au descris stări de JARGONOMIMIE (MEIGE, FENIDEL), în care bizareria mimică se întîlnește într-o multitudine de expresii, și de PSITACISMUL mimic, în care expresiile mimicii, practic incomprehensibile, se succed rapid, această hipermobilitate anulînd de fapt, expresivitatea mimicii.

Paramimiile sînt încadrate în grupa PARAKINEZIILOR(→). Ele mai cuprind hemiomimia (persistența unilaterală a mimicii sau mimică diferită de o parte și de alta) și mimica de împrumut, descrisă de HESNARD și POROT. Mimica de împrumut apare la mitomani, simulanți, suprasimulanți, isterici, oligofreni, și constă în abordarea unei anumite expresii mimice pentru a atenționa anturajul. ECOMIMIA constă în imitarea mimicii interlocutorului și apare în sindromul catatonic și în demențe.

Dismimiile apar și în unele afecțiuni neurologice cu tulburări apraxice, agnozice, afazice.

446. **DISMORFOFOBIE**[F] (cf. gr. *dys-* ; *morphe* „formă" ; *phobos* „frică") ● Fără să poată fi încadrată în grupa fobiilor, deși semantica termenului ar orienta în această direcție, dismorfofobia se apropie mai mult de



fenomenele de depersonalizare. Deși KRAEPELIN o considera o preocupare anormală pentru aspectul estetic al corpului, accepțiunea cea mai curentă a termenului se referă la sentimentul transformării în sens negativ al aspectului corpului sau doar a unor caracteristici ale acestuia (înălțime, greutate, raportul dintre segmente). Un interes special este arătat pentru aspectul feței și al organelor genitale. KOUPERNIK a numit această tulburare „psihoza urîțirii" ; alți autori consideră că are un caracter normal și tranzitoriu la adolescenți (DEBESSE, TOMKIEWICZ, PELICIER). LIBERMAN descrie un sindrom al trăirii dismorfice caracteristic acestei vîrste : sentiment de inferioritate și stîngăcie, depresie, izolare relațională, reacții comportamentale. Motivată numai parțial și numai în anumite circumstanțe, dismorfofobia adolescentului poate fi o manifestare a crizei de originalitate sau de individualitate (ERIKSON), dar și expresia unei nevroze, a unei

Scanned with OKEN Scanner

psihoze sau a unei stări de limită (BERNARD). Debutul unor schizofrenii poate avea drept sindrom central dismorfofobia, exprimată ca un veritabil „delir" dismorfofobic sau de transformare în care bolnavul se „dezidentifică", însoţită de modificări comportamentale: izolare, retragere, indiferenţă, afectivă. Este trăită uneori cu anxietate maximă, ajungînd chiar la stări de agitaţie.

În psihastenie, studiul minuţios al detaliilor corpului, precum şi lipsa de identitate faţă de propriul corp, duce la descoperirea unor „modificări" care îl îngrijorează în mod deosebit pe subiect, cu atît mai mult cu cît ele se asociază şi cu alte tulburări ale identităţii corporale (desomatizare).

Atitudinea bolnavului faţă de dismorfofobie şi încercarea corectării ei poate îmbrăca, după FOURNET, forme diverse, mergînd de la tratamentele dermatologice, de chirurgie estetică şi protejare, pînă la sinucidere.

447. **DISMORFOPSICE**[I] **iluzii** (cf. gr. *dys-* ; *morphe* „formă" ; *ops* „vedere") — sin. DISMORFOPSIE ● Iluzii vizuale cu caracter normal sau patologic, circumscrise categoriei metamorfopsiilor, constînd în percepţia distorsionată a formei reale a obiectelor, în sensul deformării contururilor (apar alte linii sau dimensiuni) sau al ştergerii limitelor obiectelor percepute. În patologie, se intîlnesc în stări confuzionale de origine infecţioasă sau traumatică, precum şi în schizofrenie, epilepsie psihosenzorială etc.

448. **DISNEURIE** (cf. gr. *dys-* ; *neuron* „nerv") — sin. DISNUZIE ● Termen abandonat, care definea, pentru clinica germană de la finele secolului al XIX-lea, un deficit mintal.

449. **DISNOIE** (cf. gr. *dys-* ; *noeo* „a gîndi") ● Psihoză descrisă de KORSAKOV în 1887, avînd drept caracteristică „scăderea unităţii dintre funcţiile psihice", asimilată ulterior cu forme acute de schizofrenie.

450. **DISOCIAŢIE** (cf. lat. *dissociatio* „despărţire, separare") ● Termen introdus, în 1911, de E. BLEULER („Spaltung"), ca semn patognomonic şi nucleu psihopatologic al schizofreniei fiind, alături de autism, unul din semnele majore ale acestei boli. Slăbirea coerenţei ideative, pierderea armoniei, a unităţii şi continuităţii psihice, tulburarea globală a sintezei psihice şi tulburările cursului gîndirii, constituie elementele acestui sindrom, manifestat în prim plan prin tulburări disociative. El este însoţit de o activitate paradoxală şi ambivalentă. Se reflectă în comportament, conferind întregii simpatomatologii notele sale particulare. Conform propriilor teorii asupra simptomelor schizofrenice, E. BLEUER consideră disociaţia ca simptom primar, care poate ajunge la fragmentarea („Zerspaltung") conceptelor.

În afară de disociaţia schizofrenică, se descrie disociaţia din isterie (P. JANET, 1913) ca formă extremă a alterării coeziunii Eului, manifestată prin pierderea unităţii personalităţii, ca identitate de sine. Este posibilă apariţia reversibilă a unei noi identităţi a persoanei, care poate funcţiona ca atare (→ PERSONALITATE DUBLĂ, MULTIPLĂ). Acest fenomen confirmă teza lui H. EY despre isterie ca anomalie a procesului de identificare a personalităţii. Starea disociativă isterică transformă subiectul din interpret în personajul propriului său rol. Conştiinţa suferă o îngustare prin alterarea bruscă şi temporară a normalităţii funcţiilor de integrare ale conştiinţei, avînd drept consecinţă pierderea coerenţei şi legăturilor obişnuite dintre diferitele grupe de procese psihice, cu aparentă independenţă în funcţionarea unora din ele. Disociaţia isterică atinge apogeul la personalităţile alterne, duble sau multiple, şi în stările de inducţie hipnotică, fiind însă întotdeauna de origine psihogenă.

451. **DISOCIAŢIE SIRINGOMIELITICĂ**[S] **sindrom** ● Pierderea sensibilităţii termoalgezice şi tactile protopatice, cu păstrarea sensibilităţii profunde conştiente, tactile şi epicritice ; sindrom prezent în siringomielie, în tumori medulare prin compresiuni. Important ca element de diagnostic diferenţial.

452. **DISOCIAŢIE TABETICĂ**[S] **sindrom** ● Pierderea sensibilităţii profunde, cu păstrarea celorlalte sensibilităţi (deşi unele tulburări discrete pot exista). Este consecutivă radiculitei posterioare tabetice → PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ.

453. **DISORAT**[M] Elveţia, RFG — DCI *Metipranolol* ● Betablocant de tip 1-(4-hidroxi-2, 3, 5-trimetilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol 4 acetat, indicat în anxietate cu şi fără componentă somatică, alcoolism, combaterea sevrajului de origini diferite şi a efectelor secundare produse de litiu (tremor), boli psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

454. **DISOREXIE** (cf. gr. *dys-* ; *orexis* „apetit") ● Termen generic pentru ansamblul de

Scanned with OKEN Scanner

tulburări ale comportamentului alimentar, înglobînd atît modificările prin exces (POLIFAGIE, BULIMIE, POTOMANIE), conduitele restrictive (refuz alimentar, anorexie) cît și aberațiile („perversiunile") alimentare (MERICISM, PARAOREXII). Se întîlnesc într-o gamă largă de tablouri psihopatologice : psihoze, nevroze, structurări ale personalității de tip dizarmonic.

455. **DISORTOGRAFIE** (cf. gr. *dys-* ; *orthos* „drept" ; *graphein* „a scrie") ● Tulburare a învățării corecte a ortografiei, adesea asociată dislexiei (AJURIAGUERRA), concretizată în greșeli gramaticale, confuzii și inversiuni de litere relativ apropiate („m" și „n" ; „b" și „d" ; „g" și „q"). Cel mai frecvent este vorba de grafisme greșit automatizate (învățarea defectuoasă a ortografiei), dar poate fi datorată și unei lateralizări defectuoase (confuzie între dreapta și stînga, sus și jos) sau unor tulburări caracteriale și afective. După C. CHILAND se regăsește în stările de deficit cognitiv, respectiv la oligofreni, precum și la copii cu tulburări de comportament.

456. **DISOSTOZĂ CRANIO-FACIALĂ EREDITARĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CROUSON[B] boală.

457. **DISPAREUNIE** (cf. gr. *dys-* ; *pareunos* „partener sexual") ● Durere de intensitate și durată variabilă, care apare la bărbat sau la femeie, în timpul actului sexual. Predomină ca incidență la sexul feminin (femei foarte tinere sau aflate la premenopauză). Autorii francezi apreciază că, într-o cincime din cazuri este vorba de tulburări psihofuncționale, iar cei americani găsesc un procentaj de 10% la femeile ginecopate, proporție care crește odată cu vîrsta.

Dacă la bărbat dispareunia are totdeauna un suport organic (trebuie avută în vedere și posibilitatea unui tratament concomitent cu tioridazin), la femei se asociază deseori altor tulburări din sfera genitală (dismenoree, algii pelvine), al căror mecanism de apariție le circumscrie afecțiunilor psihosomatice. Unii autori descriu dispareunia în raport cu vaginismul (HAYNAL, POINSO), care este o contractură spasmodică și involuntară a mușchiului constrictor al vaginului ambele simptome suprapunîndu-se la un moment dat (relația durere-contracție și invers). Fiind condiționată psihogen, dispareunia poate fi rezultatul unei insuficiente pregătiri pe plan sexual a celor doi parteneri (timp prea scurt rezervat preludiului, frica, sentimente de culpabilitate). Cauzele organice sînt de cele mai multe ori excluse, dar pot fi reprezentate de modificări anatomice (dispareunie primară) sau leziuni inflamatorii ale organelor genitale externe sau interne (dispareunie secundară). Perturbînd întregul act sexual sau numai una din etapele sale, dispareunia însoțește frecvent frigiditatea, pe care, în timp, o poate și determina. Rolul factorilor psihologici individuali ar fi, după HAYNAL, precumpănitor : deficiențe în procesul de identificare feminină, note de agresivitate în dispareunie ; trăsăturile anxioase fobice, isterice, prezente în cazul vaginismului. Nevrozele, în special cele depresiv-anxioase, reprezintă cel mai frecvent fundamentul pe care apare dispareunia, caz în care aceasta răspunde favorabil la psihoterapii comportamentale, de relaxare, și la fizioterapie.

458. **DISPENSARIZARE** (fr. *dispensaire*) — sin. SUPRAVEGHERE MEDICALĂ ACTIVĂ ● Metodă activă de asistență medicală curativo-profilactică individualizată, prin care se supraveghează, din inițiativa medicului, categorii de bolnavi suferind de anumite boli (în funcție de gravitatea lor, posibilitatea de recuperare, interesul etapei), cărora li se aplică un complex de măsuri medico-sociale necesare întăririi sănătății, prevenirii agravării bolii și vindecării ei. Dispensarizarea urmărește vindecarea și ameliorarea afecțiunilor, prevenirea complicațiilor, decompensărilor sau recidivelor, recuperarea capacității de muncă și prevenirea incapacității temporare sau definitive. În procesul acțiunii de dispensarizare se disting următoarele etape :

- depistarea, care se recomandă a fi activă și precoce, mai eficientă decît depistarea pasivă, ocazională, de obicei tardivă ;
- luarea în evidență a bolnavului, confirmarea diagnosticului și stabilirea planului de măsuri medicale și sociale ;
- urmărirea activă, respectiv supravegherea prin controale periodice ; stabilirea, la intervale ce diferă de la caz la caz (în raport cu problema pentru care se face dispensarizarea), recomandării de internare în spital, sanatorii sau unități de cură balneoclimaterică, cu măsuri privind regimul de viață și de muncă. Durata etapei de urmărire poate să se extindă la luni și ani de zile ;
- scoaterea din evidență se realizează în caz de vindecare, schimbare de domiciliu sau deces.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru fiecare caz dispensarizat se întocmeşte un plan de dispensarizare, care cuprinde următoarele aspecte :

- medicale : terapie medicamentoasă şi psihoterapică, ritmul examinărilor etc. ;
- profesionale : ameliorarea sau înlăturarea factorilor nocivi de la locul de muncă, reducerea sau modificarea programului de muncă, schimbarea locului de muncă, reorganizarea profesională, pensionarea temporală ;
- sociale : ameliorarea unor factori nocivi sociali, familiali.

Dispensarizarea bolnavilor psihici se face la nivelul LSM, în funcţie de locul de muncă, pentru populaţia încadrată în muncă, şi după domiciliu, pentru cei neîncadraţi. Evidenţa dispensarizării se realizează prin :

- registru de evidenţă specială, care cuprinde în totalitate bolnavii dispensarizaţi, pe afecţiuni ;
- fişa de consultaţie, marcată distinct pentru bolnavul dispensarizat ;
- carnet de dispensarizare (la nivelul unităţii) ;
- fişă program (la nivelul dispensarizatului).

Numărul de bolnavi ce pot fi dispensarizaţi de un medic este de circa 150. În lotul celor dispensarizaţi trebuie cuprinşi prioritar cei susceptibili de ameliorare a stării de sănătate sau cei la care pot fi evitate complicaţiile prin măsurile instituite de unitatea medicală. Tipul de afecţiuni cronice care necesită dispensarizare, ca şi ritmul examinărilor, se stabilesc de către medicul specialist din LSM-uri, în conformitate cu îndrumările metodologice primite de la Ministerul Sănătăţii. Aceleaşi îndrumări metodologice stabilesc şi examene de laborator, care se execută în afara examenului clinic. Dispensarizarea trebuie aplicată pe scară tot mai largă, cu o tehnicitate şi o eficienţă tot mai crescută (ea reprezintă cea mai concretă traducere în practică a principiului orientării profilactice în organizarea asistenţei medicale).

459. **DISPENSARUL DE MEDICINĂ GENERALĂ** ● Unitate de bază a primei linii ce vine în contact cu numeroase cazuri/situaţii tangente sau secante cu psihiatria. Nivelul actual de pregătire (psihiatrică) al medicului de medicină generală îi limitează însă acestuia posibilitatea de intervenţie în acest domeniu. Intervenţiile sale sînt, în etapa actuală, mai prezente în profilaxia primară şi în cazurile de reinserţie şi de readaptare socioprofesională.

Există însă preocupări pentru ca, în perspectivă, această situaţie să fie remediată ; în acest sens, în strategia OMS privind psihiatria şi relaţiile ei cu medicina generală pentru următorii 15 ani se prevede :

- psihiatria va obţine un rol din ce în ce mai important în instruirea academică a studenţilor medicinişti, astfel încît viitorul practician de medicină generală va avea aceeaşi înţelegere a bolilor mintale ca şi a celor fizice ;
- unii practicieni de medicină generală, cu interes special pentru psihiatrie, se vor specializa în îngrijirea primară a unor tulburări psihice ; un practician de medicină generală, în cadrul unui grup de practicieni, îşi va putea asuma această sarcină.

Există însă unele rezerve privind realizarea acestor două deziderate în etapa imediat următoare.

460. **DISPERSIE** (fr. *dispersion* ; cf. lat. *dispersio* „împrăştiere") ⟶ VARIANŢĂ.

461. **DISPINXIA** (cf. gr. *dys-* ; *pinxos* „a picta") ● Incapacitate sau deteriorare a aptitudinii de a desena (KIELAK, 1960). Apare în afecţiuni psihice organice şi în isterie, bineînţeles cu „expresie plastică" diferită.

462. **DISPLAZIC** (cf. gr. *dys-* ; *plassein* „a forma") ● Tip morfologic secundar din clasificările lui KRETSCHMER (după SHELDON — tip dizarmonic), caracterizat prin lipsa armoniei corporale (a diferitelor regiuni anatomice), prin malformaţii sau diformităţi osteomusculare. Reprezintă o mixtură de caracteristici antropometrice ale celorlalte trei tipuri : atletic, astenic, şi picnic.

463. **DISPLATOPSIE**[I] iluzie (cf. gr. *dys-* ; *platys* „plat" ; *ops* „vedere") — sin. ILUZIE VIZUALĂ PLATĂ ● Iluzie vizuală, cu caracter normal sau patologic, constînd în tulburarea capacităţii de percepţie a reliefului, spaţiul fiind perceput bidimensional (şi nu tridimensional).

464. **DISPLAZIE CONGENITALĂ NEURODERMALĂ** (cf. gr. *dys-* ; *plassein* „a forma, a modela") — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; KALISCHER[s] sindrom ; KRABBE[s] sindrom ; LAWFOR[s] sindrom

MILLES[S] sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI[S] sindrom ; SCHIRMER[S] sindrom ; STURGE[S] sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT[S] sindrom ; WEBER[B] boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE[B] boală.

465. **DISPLAZIE OLFACTO-GENITALĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORSIER[S] sindrom.

466. **DISPLAZIE OSOASĂ POLIOSTOZICĂ** — sin. DISPLAZIE FIBROASĂ ; OSTEITITĂ FIBROCHISTICĂ ; OSTEODISTROFIE FIBROASĂ JUVENILĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALBRIGHT[S] sindrom.

467. **DISPNEE NEVROTICĂ** (cf. gr. *dys-* ; *pnoi* „respiraţie") ● Tulburări ale actului respirator (de obicei reducerea componentei inspiratorii, avind insă uneori şi alte forme, ca in astm, de exemplu), determinate de o situaţie emoţională negativă sau pozitivă, sau manifestate in cadrul deja constituit al unei nevroze (anxioase, isterice etc.). Ca şi in alte cazuri asemănătoare (simptomele etichetate ca „funcţionale" de la nivelul diferitelor aparate, pe care le afişează bolnavul nevrotic şi care pun deseori pe medic in dificultate), va trebui să se treacă la o minuţioasă analiză diagnostică ce va exclude posibilele cauze organice (examen clinic atent, examene complementare), dar şi la investigarea tipului de personalitate (eventual, examen psihologic). Împrejurările care declanşează dispneea nevrotică (de obicei sub formă de crize, mai rar ca o stare de fond) sint reprezentate de stări conflictuale, epuizare, surmenaj, sentimentul acut al singurătăţii sau exprimarea unor resentimente.

468. **DISPONIBILITATE** (fr. *disponibilité*) ● Potenţialitate cu caracter instrumental de care se poate dispune la un moment dat sau in anumite condiţii ; stricto senso, disponibilităţile reprezintă rezerve de energie, mecanisme, însuşiri neuropsihice polivalente şi fără o destinaţie precisă, care stau la dispoziţia individului pentru a fi utilizate in funcţie de necesităţi.

Fiecare individ posedă anumite trăsături psihice care nu sint manifeste, datorită faptului că nu sint solicitate in activitatea de zi cu zi, dar care există in stare latentă, potenţială, şi pot fi reactivate, devenind eficiente atunci cind împrejurările o cer. Din punct de vedere psihosocial, valorificarea disponibilităţilor este in funcţie atit de împrejurările de viaţă, cit şi de o serie de caracteristici ale personalităţii, cum sint : dorinţa de autodepăşire, calităţile voliţionale (capacitatea de mobilizare şi efort), imaginaţia creatoare, spiritul de competiţie etc. Din punct de vedere psihologic, abilităţile, cunoştinţele, anumite valori afective şi însuşiri temperamental-caracteriale sint apreciate ca disponibilităţi ce intervin in mod diferenţiat (variabil intraindividual şi interindividual) şi gradual in conturarea pers nalităţii şi in desfăşurarea diferitelo tipuri de activităţi.

Diverse motive de ordin obiectiv şi subiectiv pot acţiona frenator asupra punerii in valoare a disponibilităţilor native sau dobindite, ceea ce face ca un număr mare dintre acestea să rămină necunoscute şi neexploatate de individ. Există numeroase cazuri in care talente şi aptitudini pentru anumite domenii de activitate au fost descoperite mai tirziu şi care ulterior s-au dezvoltat in plenitudinea lor. În situaţii deosebite, un individ se poate manifesta afectiv sau cognitiv intr-un mod diferit faţă de felul cum a făcut-o pină atunci, dar hotăritor pentru rezolvarea cu succes a situaţiei respective.

Se apreciază că numai 15—20% din potenţialul neuronal este utilizat eficient in decursul existenţei individuale. De asemenea, clinica psihiatrică poate furniza suficiente exemple de cazuri in care disponibilităţile sint insuficient utilizate de subiect pentru vindecarea lui (de exemplu, bolnavul nevrotic) sau, dimpotrivă, sint utilizate in mod unidirecţionat şi excesiv sau distorsionat — patologic (de exemplu, personalitatea dizarmonică paranoiacă, delirantul cu delir cronic sistematizat). În cadrul anumitor forme de structurare dizarmonică a personalităţii, in procesul de reeducare a personalităţii sint dezvăluite deseori disponibilităţi psihice care ulterior sint utilizate in mod creator de subiect.

469. **DISPOZIŢIE** (fr. *disposition* ; cf. lat. *dipositio* „dispunere, aranjament") ● Caracteristică fundamentală a psihismului, dificil de definit altfel decit prin „oscilaţiile sale simetrice depresive sau expansive (DENIKER). Această caracteristică se referă atit la domeniul emoţiilor, cit şi la cel al afectivităţii, adică al trăirilor mai elaborate. Aşa cum noţiunea de conştiinţă acoperă întreaga sferă noetică, dispoziţia se suprapune sferei timice, înglobind „toate instanţele emoţionale şi instinctive" şi dînd fiecărei stări sufle-

tești „o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă între cei doi poli extremi ai plăcerii și durerii" (J. DELAY). Conceptul de dispoziție implică, atît polaritatea, cît și structurarea ei în raport cu evenimente externe sau interne, cu care se stabilește o conexiune directă și una inversă, legată de „intensitatea și durata trăirilor" (M. GOLU) și nu doar de polaritatea dispoziției. În linii mari, tulburările dispoziționale sînt grupate în jurul celor două mari direcții enumerate anterior, depresia și expansivitatea, înțelegînd în aceasta și dimensiunea temporală legată de nivelul dispozițional anterior tulburării. Au fost încercate diferite tipuri de clasificare a dispozițiilor, bazate pe criterii lineare simple (LEWIS, Van PRAAG, BLINDER), dihotomice pe nivele (WINOKUR, KIELHOLZ, PICHOT), sau pe sisteme multidimensionale (KENDALL, EYSENCK).

Progresele neurochimiei au permis, în ultimele decenii, realizarea unor posibile corelații între formele clinice și datele biochimice, sugerînd nu numai o viitoare subdivizare biologică, ci și nivelul bazal, fundamental și biologic al dispoziției ca stare afectivă generalizată, ca fond afectiv pe care se dezvoltă reacțiile.

470. DISPRANOL[M] Italia — DCI *Loprodiol* ● Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2,2-bis(clormetil)-1,3-propandiol, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și sedativă. Bună toleranță.

471. DISPRAXIE (cf. gr. *dys-* ; *praxis* „acțiune") ● Termen depășit, foarte rar utilizat în prezent pentru a denumi apraxiile → APRAXIE.

472. DISPRAXIE FACIALĂ ● Tulburare a activității mimice de tip apraxic, constînd din mișcări disociate (automate și voluntare) ale musculaturii feței și buzelor, atrăgînd după sine modificarea expresivității emoționale. Mimica și mișcările spontane sînt normale. Dispraxia facială apare asociată surdomutității idiopatice, tulburărilor de dicție, discalculiei.

473. DISPROSEXIE (cf. gr. *dys-* ; *prosexein* „a fi atent") ● Modificări patologice ale atenției voluntare și spontane (tulburările pot fi independente : hiperprosexia spontană cu hipoprosexie voluntară). Sînt descrise trei tipuri de disprosexie ;

- *hiperprosexia*, care reprezintă nu atît creșterea atenției în general, ci o polarizare, o concentrare a ei (scăderea comutativității) spre un anumit domeniu, asociată cu o atenție scăzută pentru restul domeniilor. În mod normal, această manifestare se întîlnește în situații în care există un domeniu, un fenomen care trebuie perceput, observat, analizat în situații limită. În psihopatologie, hiperprosexia caracterizează nevroza obsesivo-fobică, nevroza cenestopată, personalitățile obsesive, paranoiace și hipertime, psihozele paranoiace, delirurile hipocondriace, mania, melancolia, întîrzierea mintală ;
- *hipoprosexia*, care reprezintă diminuarea atenției, în sensul scăderii capacității de orientare selectivă spre un anumit domeniu ; poate fi un fenomen normal în stările de surmenaj sau situații anxiogene, dar capătă caracter patologic în : nevroza anxioasă, nevroza depresivă, la personalitățile dizarmonice de tip instabil și exploziv, în psihoza discordantă (hipoprosexie voluntară cu hiperprosexie spontană), în accesul maniacal (hiperprosexie spontană), în perioada de debut a demențelor ;
- *aprosexia*, semnificînd abolirea completă a funcției prosexice, apare în contextul diminuării globale și importante a tuturor proceselor psihice : stări confuzionale, sindrom catatonic, demențe avansate, întîrziere mintală profundă.

474. DISPROZODIE (cf. gr. *dys-* ; *prosodia* „accent") — sin. AFAZIE DE INTONAȚIE ● Tulburare de vorbire, descrsiă de MONRAD și KROHN, în 1947, constînd în alterarea melodicității vorbirii la afazici, cu un bagaj de cuvinte relativ important păstrat. Bolnavii care prezintă această tulburare dau observatorului impresia că vorbesc cu accent de limbă străină. Tulburarea apare și în logonevroze, epilepsie, demențe dar și ca bizarerie a discursului schizofrenic.

475. DISRITMIE — EEG (cf. gr. *dys-* ; *rythmos*) ● Absența unei frecvențe dominante constante și a unei morfologii asemănătoare a undelor, aspect ce nu se modifică nici în perioada de relaxare. În această situație, se pot descrie :

- disritmia lentă (ritm dominant θ și Δ);
- disritmia rapidă (ritm dominant β) ;
- disritmia poliritmică (intricare de ritmuri rapide și lente).

● Disritmia ușoară își pune amprenta în traseul EEG, prin frecvențe ale ritmului de bază cuprinse între 8—12 c/s, dar ușor instabile, prezentînd de la un moment la altul unde puțin mai rapide sau puțin mai lente,

nesistematizate. Acest tip de disritmie poate apare în diverse afecţiuni :

- disritmie uşoară bilaterală : la 25% din indivizii normali, intercritic la cei cu epilepsie grand mal cu crize uşoare, arahnoidite şi meningite, pre- sau posteclampsie, traumatisme craniene, meningeoame, tumori hipofizare sau epifizare, tumori de fosă posterioară, unele migrene, numeroase afecţiuni psihiatrice ;
- disritmie uşoară localizată: meningeoame, unele tumori emisferice cu evoluţie lentă, afecţiuni vasculare cerebrale.

● K. JASPRES şi KRETSCHMER descriu sub denumirea de „disritmie lentă" un „pattern" EEG difuz dezorganizat, constituit aproape exclusiv din unde lente supravoltate, generalizate, amestecate cu unde lente ascuţite. Este cazul epilepsiei grand mal cu crize foarte frecvente în care, ca urmare a numărului mare al crizelor, se alterează şi traseul de fond. Trebuie avut în vedere faptul că, intercritic, apare un traseu de fond, constituit din succesiuni aritmice, asincrone, anarhice în timp şi spaţiu de unde lente polimorfe (1—3—4 c/s) cu amplitudine mare (de obicei peste 200 μV), amestecate cu vîrfuri şi complexe vîrf-undă, care fac să dispară complet ritmurile normale de bază.

Este de menţionat opinia unui autor român, SÎRBU, care consideră imposibilă existenţa unui traseu euritmic, drept pentru care sugerează abandonarea acestui termen, spre a nu genera confuzii.

476. **DISSINERGIE** (cf. gr. *dys-* ; *synergia* „cooperare") — sin. ASINERGIE ● Diminuarea sau pierderea capacităţii de a efectua o acţiune motorie care necesită desfăşurarea precisă, simultană a unor mişcări. Termenul este mai frecvent utilizat în neurologie pentru a desemna o pierdere a coordonării musculare. Asinergia recunoaşte drept cauză principală afectarea cerebelului, dar apare şi în boli ale emisferelor cerebrale, măduvei spinale şi dezechilibrului simpatico-parasimpatic. Asinergia majoră a lui BABINSKI este o incoordonare prezentă în poziţie statică şi în mişcare, consecutivă unei afectări cerebeloase. Asinergia minoră a lui BABINSKI se manifestă prin executarea unor acte simple, în care mişcările apar descompuse, întrerupte (de exemplu, la îngenuncherea pe un scaun, ridicarea piciorului în supinaţie etc.) fiind tot o consecinţă a afectării cerebelului.

477. **DISSINTAXIE** (cf. gr. *dys-* ; *syntaxis* „ordine, construcţie") ● Modificare patologică a limbajului scris prin alterarea regulilor sintactice, survenită în schizofrenie, manie, oligofrenie, demenţe.

478. **DISTALENE**(M) Argentina — DCI *Orfenadrine* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil-α-fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acţiune miorelaxantă şi unele valenţe antidepresive (intensitate mică) ; utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranţă îi conferă o utilizare fără restricţii.

479. **DISTENSAN**(M) Spania — DCI *Clotiazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(o-clorofenil)-7-etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno/2,3-e/-1,4-diazepin-2-onă, cu acţiune în primul rînd anxiolitică şi, secundar, sedativă. Pericolul dependenţei trebuie avut în vedere, ca şi apariţia sevrajului la întreruperea totală a administrării.

480. **DISTESOL**(M) Italia — DCI *Ectiluree* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etilcrotonil)ureea, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Indicat în psihogenii şi afecţiuni psihosomatice. Efecte secundare practic absente, cu o bună toleranţă.

481. **DISTIMIC** — **tip de personalitate** (cf. gr. *dysthymikos* „înclinat spre tristeţe") ● După K. LEONHARD, indivizii aparţinînd acestui tip sînt în mai mare măsură afectaţi de evenimentele neplăcute ale vieţii, decît de cele plăcute, prezentînd o reactivitate depresivă accentuată la factorii psihotraumatizanţi. Imboldul spre acţiune este diminuat, mobilitatea proceselor cognitive este mai scăzută. Distimicii manifestă slabe disponibilităţi relaţionale sociale, participă puţin la conversaţii ; prezintă o seriozitate accentuată, au o ţinută etică deosebită — atitudini care reprezintă latura pozitivă a acestei personalităţi. Lentoarea gîndirii şi diminuarea imboldului către acţiune determină un randament scăzut în plan acţional şi social. Trăsăturile distimice constituie terenul premorbid favorabil instalării depresiei de diferite intensităţi.

482. **DISTIMIE** (cf. gr. *dysthymia* „descurajare") ● Termen introdus de J. DELAY pentru a desemna modificarea în sens patologic a polarităţii afectivităţii bazale. În sensul dat de autor, melancolia şi mania sînt hipertimii, iar schizofrenia, hipotimie. Uzajul curent conferă acestor termeni o nuanţă cantitativă, din care lipseşte conotaţia calitativă iniţială. Astfel, hipotimiile sînt reprezentate de indiferenţă, apatie, atimie etc., iar hipertimiile —

de anxietate, depresie, euforie. O accepţiune eronată, dar des folosită, atribuie termenului de distimie înţelesul de disforie sau depresie, acoperind numai parţial înţelesul corect al termenului.

● Termenul de DISTIMIE a fost introdus de WILMANNS pentru a descrie „psihopatiile temperamentale". Şcoala germană care s-a preocupat mult de această problemă, a pus în discuţie pluridimensionabilitatea temperamentului şi faptul că foarte rar există „temperamente simple". E. KAHN, încercînd să găsească o poziţie de mijloc între cea a lui EWALD, care refuza orice clasificare, şi cea a lui K. SCHNEIDER, propune următoarea clasificare :

Tabel nr. XLIX

Tipul	Dispoziţia (Stimmung)	Temperament (excitabilitate)	Afectivitatea		
			Firea		
			Tempo	Forţă	Sensibilitate
Hipertimicii					
Tahitimicul	—	excitabil	rapid	—	mobilă
Excitabilul	—	excitabil	rapid	—	—
Explozibilul	—	excitabil	rapid	tare	redusă
Iritabilul	iritaţie	excitabil	rapid	tare	—
Veselul	veselă	excitabil	rapid	tare	mobilă
Hipotimicii					
Flegmaticul	—	greu excitabil	lent	—	greoi
Apaticul	—	greu excitabil	lent	—	greoi
Indolentul	—	greu excitabil	lent	—	—
Moral insanity	—	inert	—	—	—
Anxiosul	anxioasă	—	—	slab	—
Perversul	întunecată	—	lent	slab	greoi
Tristul	depresivă	—	lent	slab	greoi
Poikilotimicii					
Instabilul emotiv	labilă	labil	labil	labil	labil

Această clasificare este însă excesiv de detaliată, cu atît mai mult cu cît presupune existenţa unor tipuri combinate, care conduc către o pulverizare leonhardiană.

483. **DISTONCUR**(M) Argentina — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd să apară „un mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

484. **DISTONIE MIOTONICĂ** (cf. gr. *dys-* ; *tonos* „tensiune, energie") — sin. MIOTONIA ATROFICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CURSCHMANN-BATTENSTEINERT(B) — boală.

485. **DISTONOCALM**(M) România ● Preparat original, conţinînd alcaloizi totali din rădăcină de beladonă, alcaloizi din corn de secară, propranolol şi amital sodic ; are acţiune simpaticolitică centrală, parasimpaticolitică periferică, anticolinergică şi uşor sedativă. Indicat în distonii neurovegetative. Contraindicat în sarcină, glaucom, insuficienţă cardiacă.

486. **DISTORSIUNE** (fr. *distorsion* ; cf. lat. *distorsio* „răsucire") ● Modalitate de gîndire negativă, ilogică sau de evaluare eronată a realităţii, care, conform teoriei elaborate de A. BECK (1976, 1979), constituie cauza principală a tulburărilor emoţionale. Acest autor a sistematizat un număr de şapte distorsiuni, întîlnite cel mai frecvent în nevroza

depresivă, dar prezente și în alte manifestări psihopatologice, precum fobiile, anxietatea, agresivitatea etc. ;

- Generalizarea exagerată. Pe baza unui singur indiciu se face o generalizare nejustificată (de exemplu, o greșeală minoră în desfășurarea unei activități atrage concluzia : „nu sînt bun de nimic").
- Focalizarea excesivă. Atenția este orientată spre un singur amănunt, care este extras din context și interpretat independent, în felul acesta pierzîndu-se semnificația întregii situații.
- Responsabilitatea excesivă. Toate eșecurile și erorile altora sînt personalizate (de exemplu, „eu sînt vinovat pentru tot ce s-a întîmplat").
- Referirea la sine (de exemplu, „orice greșală de-a mea este observată de toată lumea").
- Dramatizarea excesivă. Bolnavul se gîndește la cele mai rele situații, „vede" numai partea întunecată a lucrurilor, anticipează numai consecințele neplăcute.
- Deducția arbitrară. Se ajunge de la unele concluzii, în lipsa unor dovezi care să le justifice, la concluzii inverse.
- Gîndirea dihomă sau gîndirea în extremis : bun sau rău, greșit sau corect, frumos sau urît. Lipsesc posibilitățile de nuanțare, de utilizare a unor categorii intermediare.

Aceste distorsiuni apar foarte rapid și de obicei nu sînt conștientizate de subiect, motiv pentru care mai sînt denumite și „gînduri automate". Nu sînt rezultatul unui raționament sau deliberări și au un caracter involuntar, în sensul că subiectul nu face nici un efort pentru inițierea sau menținerea lor. Distorsiunile sînt acceptate ca fiind valide și plauzibile fără cea mai mică tentativă de verificare prin confruntarea cu realitatea sau prin logică. Ele se referă la subiectul însuși, la viitorul său și la mediul care îl înconjoară. Au un caracter specific, fiind direct legate de problemele patologice pentru care subiectul se prezintă la consultația psihiatrică.

487. **DISTRAGERE** (fr. *distraire ;* vezi și lat. *distrahere* „a trage încoace și încolo, a rupe") ● Incapacitatea de fixare a atenției sau deviația atenției prin acțiunea unui stimul supraliminar. Se descriu două varietăți de distragere :

- concentrarea intensă a atenției asupra unui obiect, astfel încît subiectul nu mai este permeabil la alte stimulări, pe care în mod normal ar trebui să le perceapă. Se întîlnește în stările cu mare încărcătură afectivă, îndeosebi în cele depresive, în care este imposibilă îndepărtarea depresivului de la ideile sale de culpabilitate, de rutină, asupra cărora stă concentrat, în delirurile cronice sistematizate (mai ales la idealiștii pasionați, care-și susțin cu intensitate ideea) ;
- dispersia atenției care implică o insuficiență a funcției prosexice, subiectul neputînd să coordoneze informațiile primite. În psihopatologie, această varietate de dispersie a atenției este descrisă în sindromul confuzional, demențial și maniacal (în ultimele două cazuri prin exagerarea atenției spontane).

Un aspect deosebit îl întîlnim la personalitățile obsesive, unde distragerea atenției îmbracă ambele forme descrise mai sus.

488. **DISTRANEURIN**(M) Austria, Belgia, Elveția, RFG, Spania — DCI *Clometiazole* ● Tranchilizant, derivat esterificat al tiaminei de tip 5-(2-cloretil)-4-metiltiazol, cu acțiune anxiolitică, sedativă, anticonvulsivantă și valențe antidepresive. Indicat în alcoolism, delirium tremens, servaj, nevroze, epilepsie (intercritic). Este lipsit practic de efecte secundare ; are o singură contraindicație certă : intoxicația acută cu barbiturice.

489. **DISTROFIE CEREBRALĂ SCHULTZE** (cf. gr. *dys-* ; *trophe* „hrană") ● Sindrom psihoorganic legat de carențe alimentare prelungite, în special în absența proteinelor, care au drept consecință atrofia substanței cerebrale cu dilatarea ventriculară mai marcată pentru ventriculul III. La nivelul electroencefalogramei apar modificări nespecifice difuze.

Simptomatologia clinică se caracterizează prin diminuarea modulărilor volitiv-instinctive, ștergerea caracterelor particulare de personalitate, cu scăderea inițiativei și activității.

490. **DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE** — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER(B) boală ; ARAHNODACTILIE ; DISMEZECTOPIE LAVAL ; DOLICOMORFIE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX ; MARFAN-ACHARD(S) sindrom ; MARFAN-ERB(S) sin. sindrom → DOLICOSTENOMELIE.

491. **DISTROFIE MIOTONICĂ** — sin. STEINERT-BATTEN[B] boală ; STEINERT-CURSCHMANN[B] boală ; $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT[B] boală.

492. **DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MINTALĂ** — sin. ACTOMIMIE ; DOWN[B] boală ; IDIOȚIE FURFURACEE SEGUIN ; IDIOȚIE MONGOLOIDĂ ; MONGOLISM ; SEGUIN[B] boală ; TRISOMIA 21 $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON-DOWN[B] boală. La indicația OMS termenii DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOȚIE MONGOLOIDĂ ȘI MONGOLISM se recomandă a nu mai fi utilizați.

493. **DISTRUCTIVITATE** (cf. fr. *destructif*) ● Termen conceput de SPURZHEIM (1918) pentru desemnarea unui gen de perversiune instinctivă, caracterizată prin înclinația patologică spre distrugere. Autorii contemporani (Ch. BARDENAT) consideră distructivitatea ca o manifestare explozivă a agresivității, prin distrugere satisfăcîndu-se mai rapid și mai spectaculos nevoia de afirmare a puterii decît prin mijloace „elaborate" (de tip : creație, inovație etc.). Distructivitatea este independentă de nivelul intelectual și de educație care pot interveni însă modelînd-o situațional. Obiectul asupra căruia se manifestă și modalitățile de manifestare (considerate înrudite cu sadismul) sînt foarte diverse (demolare, tortură, ardere, devastare). Manifestîndu-se asupra obiectelor sau în domeniul moral (distrugerea fericirii altuia, a reputației etc.), distructivitatea poate constitui atît un fenomen caracteristic unor personalități dizarmonice sau unor colectivități contaminate într-o direcție nefastă, cît și un fenomen patologic cu caracter episodic, tipic psihozelor cu stări de agitație psihomotorie (manie acută), schizofreniei, psihozelor toxice, epilepsiei sau tulburărilor de comportament ale oligofrenilor.

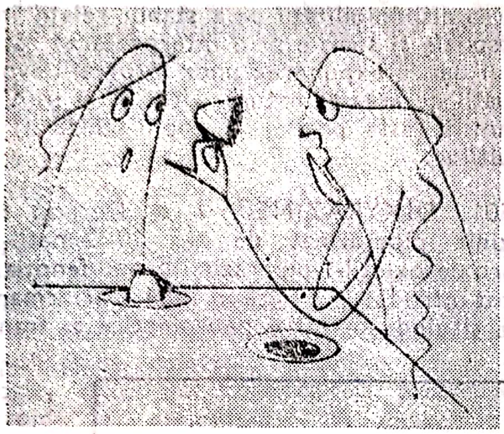
494. **DISULFIRAM**[DCI] ● Derivat ureic-disulfat de tetraetiltiouran, constituie substanța activă a numeroși produși farmaceutici utilizați în oprirea metabolizării alcoolului etilic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTALCOL. A fost descoperit de către E. JACOBSEN și O. MARTENSEN-LARSEN, in 1947, în timpul cercetării pe care aceștia o făceau pentru a descoperi un antihelmintic. Ingestia substanței, asociată cu ingestia de alcool, produce reacții dezagreabile, efect pe care se bazează folosirea disulfiramului în cura de dezintoxicare. Modul de efectuare a tratamentului, indicațiile și contraindicațiile au fost descrise la ANTALCOL. O metodă nouă și comodă de tratament constă în implantarea subcutană în regiunea abdominală a disulfiramului, ceea ce permite o impregnare continuă a organismului, prelungită pe parcursul a cîteva luni. Această metodă este indicată mai ales pentru pacienții incapabili de a-și administra singuri tratamentul ; inconvenientul — în afara riscului de eliminare, ca pentru orice alt implant — este eficiența mai scăzută și mai puțin constantă față de administrarea orală.

Tratamentul începe după cel puțin 48 ore de abstinență, reacția declanșată avînd, după părerea unor autori (PERRIN, De MONDRAGOU), rol coercitiv, de interdicție, ceea ce la personalitățile cu Eu slab determină apariția fricii de moarte. DUBLINEAU consideră că aceste reacții ar avea o valoare abreactivă. Pentru alți autori, această reacție nu este neapărat necesară, considerind că este suficientă administrarea zilnică a disulfiramului în cură prelungită, avizînd însă subiectul asupra consecințelor ce pot interveni dacă la această administrare asociază băuturile alcoolice. P. FOUQUET susține că disulfiramul este un mijloc terapeutic de favorizare a obținerii abstinenței, facilitînd abordarea psihoterapeutică de cură îndelungată. Întreruperea curei se face în funcție de scopul pentru care este folosit disulfiramul : dacă administrarea produsului este singurul mod de tratare al alcoolismului cronic (deci o „întreținere chimică" a abstinenței — E. JACOBSEN), atunci întreruperea medicației determină o recădere rapidă ; dacă însă se insistă pe rolul parțial al disulfiramului în tratamentul alcoolismului cronic, medicamentul apare ca factor de susținere a efortului volițional depus de subiect, avînd rolul, așa cum afirma POROT, de „ortopedie medicamentoasă". În acest din urmă caz, pe lîngă priza cotidiană de disulfiram se adaugă o stare de „neutralitate" față de alcool, indiferența subiectului față de alcool, abstinența devenind un comportament natural. În această situație, subiectul poate fi sfătuit să renunțe la administrarea zilnică a medicamentului.

495. **DITISAN**[M] Brazilia — DCI *Impraminoxid* ● Antidepresiv timoleptic, derivat benzodiazepinic de tip 5-/3-(dimetil-amino) propil/-10, 11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină N oxid ; este metabolitul activ al IMIPRAMINEI avînd aceeași acțiune (instalare mai rapidă) și aceleași indicații ; după unii autori efectele secundare sînt discret mai vii.

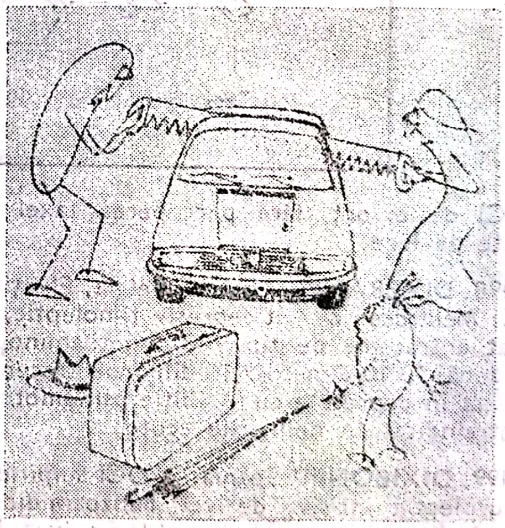
Scanned with OKEN Scanner

496. **DIVINAȚIE** (cf. lat. *divinatio* „prezicere, prevestire") ● Tentativă de cunoaștere a viitorului (în special al celui individual), prin intermediul unor metode magice, oculte; numită și prezicere și net diferită de anti-



cipare. GRASSET (1908) distinge mai multe tehnici de divinație: hidromancia (prin apa fîntînilor), piromanica (prin foc), lacanomancia (prin vase de ulei), catriptomancia (pe baza oglinzilor), cristalomancia sau crystal-vision (pe baza unui glob de cristal). Astrologii sau ghicitorii care urmăresc scopuri predictive prin mijloace oculte cunosc în prezent o adevărată proliferare, mai ales în Franța și SUA. Motivația originală a divinației se leagă de etapa preștiințifică a cunoașterii fenomenelor realității, de nevoia omului primitiv de stăpînire a hazardului și de securizare. Persoanele anxioase, precum și cele care nu pot accepta imprevizibilul (chiar în ciuda unui nivel intelectual și cultural ridicat), formează majoritatea *„beneficiarilor"* practicilor de divinație. În ceea ce privește practicanții divinației, nu puține sînt cazurile în care este vorba de bolnavi psihici deliranți cronici, cu delir profetic sau apocaliptic. Devin adevărați inductori malefici, adunînd în jurul lor sectanți „activi", fanatici sau pasivi (persoane imature emoțional, influențabile, dependente).

497. **DIVORȚ** (cf. lat. *divortium* „despărțire") ● Instituție juridică opusă căsătoriei, care funcționează datorită unei necesități firești, decurgînd din încetarea motivelor subiective și obiective care au determinat instituirea unei căsătorii. Divorțul este determinat de contextul socio-cultural reflectat în psihologia cuplului și a fiecărui partener în parte, astfel încît stabilirea unei „tipologii" a divorțului este imposibilă, fiecare caz fiind, din punct de vedere psihologic, unic. Divorțul este consecința nerealizării „autonomiei diadice" (REED) care stă la baza unei căsătorii viabile, apte de a se menține dincolo de crizele inevitabile ale unui cuplu marital, sau de impactul cu „sindromul cuibului gol" ce apare la părăsirea căminului de către copii (BOHANNAN, 1976). Divorțul implică aspecte psihologice (afectează cel puțin unul din parteneri, prin pierderea investiției obiectale, dificultățile rezultate din înlocuirea dependenței mutuale maritale cu o autonomie la care unul sau ambii parteneri au renunțat în momentul căsătoriei), legale (culpa unuia sau a ambilor parteneri), economice (pierderea unei părți din bunurile comune, ele însele obiect al imaginii despre sine a fiecăruia dintre parteneri), de statut social (pierderea unor prieteni comuni, a unor legături psihologice cu rudele partenerului) și parental (modificarea atitudinii copiilor). Importante sînt consecințele psihologice, afective, ale divorțului asupra copiilor; s-a observat în numeroase studii trăirea unui sentiment de ambivalență (prin neînțelegerea exactă a situației de separare), imposibilitatea de a opta pentru unul sau altul din părinți, sentimente de senzitivitate și autovinovăție (prin tendința egocentrică de a înțelege și a raporta evenimentele la sine, descrisă de J. PIAGET, pînă la vîrsta de 8 ani), sentimente de devalorizare, anxietate existențială, teama de abandon, ca



și dorința de a-i determina pe părinți să se reunească (DERDEYN, BOHANNAN).

Depresia asociată divorțului poate fi atît cauză cît și efect (BRISCOE, SMITH, 1973), clinicianul evaluînd-o ca atare din punct de vedere diagnostic, terapeutic, psihoterapeutic. Pierderea statutului marital (prin divorț sau decesul unui soț) poate accentua dramatic

Scanned with OKEN Scanner

necomunicativitatea (eventual caracterială) a individului, pînă la realizarea suicidului „egoist". SAINSBUY (1955) găsește în lotul de suicidari studiați 40% fără familii ; alte studii găsesc rata suicidului printre cei rămași singuri, de patru ori mai mare decît în pupulația generală. O statistică americană stabilește, pentru perioada 1960—1971, o creștere a recăsătoriilor cu 40% pe an, față de 30% pentru căsătorii, iar creșterea numărului divorțurilor cu 80% (GLICK, NORTON, 1972). Aproximativ 20% din recăsătorii se sfîrșesc printr-un alt divorț.

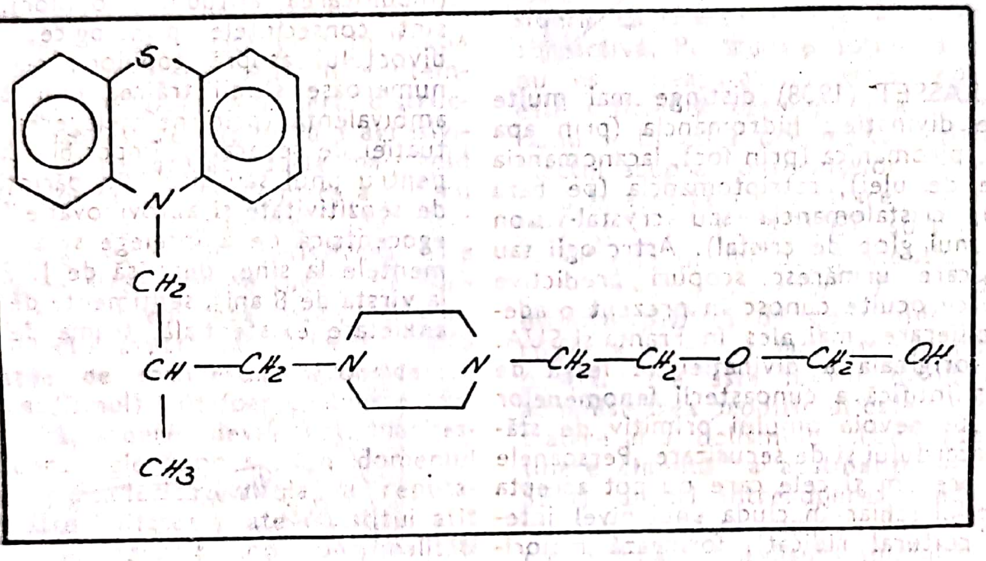
În cazul alienației mintale cronice, constatată la unul dintre parteneri (prin expertiză medico-legală psihiatrică) în momentul contractării unei căsătorii, aceasta poate fi anulată printr-o procedură juridică simplificată (art. 613 CPC) de divorț, fără perceperea taxei stabilite de lege.

498. DIXERAN(M) Austria, Belgia, Elveția — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă)-10,10-dimetil-9,10-dihidroantracenă, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

499. DIXIBON(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzoamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică, cu indicațiile NL incisive (endogenii) ; este util și în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive, în afecțiuni psihosomatice : ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Ménière. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

500. DIXON(T) test ● Test psihologic care investighează sfera emoțională prin evaluarea disponibilității de a stabili relații interpersonale și sociale prin interpretarea răspunsului dat la expunerea unor fotografii evocînd situații de această natură. Utilizat în psihiatria infantilă (este pozitiv la copiii schizoizi) și a adulților.

501. DIXYRAZINE(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/2-metil-3-(4; hidroxietoxietil-1-piperazinil)propil/fenotiazină-a fost introdus în clinică în 1964, performanțele sale situîndu-se între neuroleptice și tranchilizante (după unii autori mai meticuloși, între acțiunea unui NL de tip LEVOMEPROMAZINA și un tranchilizant de tip MEPROBAMAT). Constituie principiul activ pentru un număr redus de produși farmaceutici.



502. DIZARMONIC (cf. gr. *dys-* ; *harmonia* „aranjare, acord") ● Persoană ale cărei trăsături de personalitate se află într-un dezechilibru net, provocîndu-i dificultăți de adaptare. KRAEPELIN sublinia lipsa unui raport obișnuit între diversele componente ale personalității : „experiența vieții normale ne arată gradul în care predispozițiile morale și intelectuale sînt independente unele față de altele". Insufiecința uneia din aceste două facultăți nu devine morbidă decît atunci cînd atinge un anumit grad stabilit convențional. Totodată, o dizarmonie prea mare între ele— arată psihiatrul german — are valoarea unui „semn de degenerare".

Dizarmonia între diversele facultăţi ale sintezei mintale este admisă de VERCIER printre criteriile negative ale personalităţilor dezechilibrate sau dizarmonice. Nu se poate afirma însă o apartenenţă netă a acestor tipuri de personalităţi la o categorie nosologică, după cum nici stabilirea unei tipologii a dizarmonicilor nu este relevantă, deoarece armonia personalităţii este o noţiune a cărei calitate reiese din acordul intim dintre calităţi, fără ca aceasta să fie în raport cu date cantitative.

503. **DIZARMONIE** (cf. gr. *dys-* + *harmonia*) ● Structura de personalitate a unor indivizi aflaţi la extremele axei normalităţii psihice, considerind adaptarea armonioasă la mediu (familial, social, profesional) drept una din coordonatele esenţiale ale normalului. Dacă psihiatrii francezi vorbesc de „dezechilibraţi simpli" (hiperemotivul, instabilul, slabul psihologic, ciclotimul, excitabilul, paranoiacul, schizoidul şi epileptoidul) şi dezechilibraţi psihopaţi („complecşi" — cei care nu pot duce o existenţă armonioasă, nu se pot adapta exigenţelor vieţii în societate), psihiatrii germani acceptă termenul de personalităţi psihopate (sau psihopaţi); în Anglia se vorbeşte uneori de „nevroze impulsive", iar în SUA, DSM III a încadrat această categorie la capitolul de „tulburări de personalitate", adăugind noi subtipuri celor recunoscute clasic.

Tot mai mulţi psihiatri acceptă ideea că psihopatia nu este o boală, ci un mod existenţial, legat de structura intimă şi proprie de „unicat" a individului, o modalitate proprie de a fi, de a exista, o „disgenezie a personalităţii" cum o numeşte H. EY. Noţiunea de dizarmonie nu trebuie confundată cu cea de delincvenţă, de amoralitate (moral insanity), de antisocialitate. Ea reflectă în esenţă faptul că dizarmonicul devine, pentru o lungă perioadă de timp, un neadaptat social care, neavînd conştiinţa defectelor sale structurale, atribuie celorlalţi cauza insucceselor şi ieşirilor sale brutale. Dizarmonicul vine în contact cu instituţia medicală în momentul apariţiei „decompensării", moment în care medicului psihiatru i se relevă o personalitate anterioară particular structurată, dar nu o boală a personalităţii în sensul strict al cuvîntului; ca argument în sprijinul acestei afirmaţii vine faptul că, după ce „decompensarea" a fost rezolvată, contactul psihiatru-dizarmonic se va rupe (putînd să reapară într-o nouă decompensare). Întrebarea fundamentală care se pune în legătură cu dizarmonia personalităţii este următoarea: poate fi considerată o trăsătură particulară de personalitate drept boală psihică ce nu are nici început şi nici sfîrşit, care nu beneficiază de tratament specific şi pe care nu şi-a pus încă nimeni în gînd să o vindece chimioterapic? Această „zonă minată" va trebui parcursă cu multă grijă şi discernămînt, pentru că nici un răspuns nu este şi nici nu se întrevede a fi mulţumitor. Numeroase premise teoretice, ca şi încercările de creare a unor modele de dezvoltare şi funcţionare, ilustrează că personalitatea umană nu se poate forma şi dezvolta armonic fără o ereditate sănătoasă, fără influenţe educaţionale şi culturale corespunzătoare. Cînd unul sau mai mulţi din aceşti parametri se fragmentează sau sînt reduşi la minimum, „şansa" apariţiei dizarmoniei structurale a personalităţii este deja creată. Conceptul de dizarmonie (respectiv dizarmonic) este de preferat celui de psihopatie (respectiv psihopat), întrucît este mai adecvat fenomenului pe care îl desemnează, reduce posibilitatea de confuzie terminologică (pentru neiniţiaţi psihopatia a devenit o noţiune „*elevată*" care substituie vulgara şi nemedicala „*nebunie*", boală psihică = psihopatie, iar bolnavul psihic = psihopat) şi exprimă mult mai bine sensul şi conţinutul tulburării de personalitate, văzută ca o rupere a echilibrului trăsăturilor fireşti ale personalităţii, cu accentuarea uneia sau mai multora dintre ele, avînd drept consecinţă disfuncţionalitatea întregului ansamblu. Acest concept permite situarea fenomenului în afara patologicului, înzona de trecere dintre anormal şi normal.

504. **DIZARMONIE INTRAPSIHICĂ** ● Termen propus de URSTEIN în 1912, pentru a-l înlocui pe cel de DEMENŢĂ PRECOCE. Deşi nu este lipsit de motivaţie, termenul propus nu a supravieţuit, el aflîndu-se în concurenţă cu cel de SCHIZOFRENIE — E. BLEULER (1911) şi cu cel de PSIHOZĂ DISCORDANTĂ (CHASLIN, 1912).

505. **DIZEPIN**(M) Bulgaria — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizate de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

506. **DOBEROL**(M) RFG — DCI *Toliprolol* ● Betablocant de tip 1-(isopropilamino)-3-(m-toliloxi)-2-propanol, indicat în anxietate cu sau fără componentă somatică, tulburări de dinamică sexuală, alcoolism, sevraj, comba-

terea tremorului parkinsonian și senil, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice → BETABLOCANTE.

507. **DOBESIN**(M) Danemarca, Suedia — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și avînd valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia; poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

508. **DOCIMOLOGIE** (cf. gr. *dokime* „probă, încercare"; *logos* „cuvînt, discurs") ● Disciplină psihologică avînd ca obiect analiza modului de desfășurare a examenelor și concursurilor, a notării și acordării calificativelor, a raportului existent între factorii obiectivi și subiectivi (care depind de examinator), în scopul măririi corectitudinii hotărîrii și diminuării coeficientului de subiectivitate. Psihologului H. PIERON îi sînt atribuite primele cercetări în acest domeniu, sintetizate în lucrarea „Studii docimologice" (1935). Pînă în prezent, coeficientul de subiectivitate nu a putut fi eliminat, deși el a fost semnificativ diminuat, prin suprimarea probelor orale sau înregistrarea lor pe bandă magnetică, în absența comisiei (combătîndu-se astfel „efectul halo"), prin alcătuirea de bareme de notare și introducerea chestionarelor-teste cu mai multe variante de răspuns.

509. **DOCITON**(M) Elveția, RFG — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(izopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO→ BETABLOCANTE.

510. **DOGMĂ-DOGMATISM** (cf. gr. *dogma* „părere, doctrină") ● Mod de gîndire rigid sau tendință absolutizantă a gîndirii, care nu admite critici sau obiecții în formularea unor enunțuri, considerate premise sau concluzii imuabile. Pretinsele adevăruri absolute sînt doar afirmate, argumentele contrarii fiind respinse a priori. Asemănarea cu delirul pare evidentă (impenetrabilitate la critică și la argumentele realității); este ușor de înțeles de ce dogma se poate transforma cu ușurință în delir, dacă premisa de la care se pleacă este falsă. Dogmatismul este funciar teologiei și filozofiei de inspirație religioasă, care acceptă necritic, în temeiul credinței, tezele postulate de biserică, drept adevăruri relevante. Există și forme de dogmatism laic, a căror sursă comună rezidă în tendințele absolutizante ale gîndirii nedialectice și care ignoră caracterul concret și procesual al adevărului. În filozofie se consideră dogmatice acele teorii care sînt fondate pe una sau mai multe certitudini prealabile, într-o formă sau alta de evidență (atitudinea opusă fiind criticismul, care suspendă orice judecată, investigind mai întîi limitele care circumscriu sfera cunoașterii autentice), sau doctrinele care pretind întemeierea unor concluzii definitive, absolvite de orice revizuire ulterioară (atitudinea opusă fiind scepticismul, care proclamă imposibilitatea principală a demonstrării pe deplin convingătoare a oricărui adevăr).

În științele naturii sau în teoria și practica social-politică, dogmatismul s-a manifestat prin tendința de a considera drept criteriu de adevăr nu experiența, practica în continuă dezvoltare, ci exclusiv tezele și interpretările pretins infailibile consacrate de autorități. Psihiatria a fost și ea victima unor astfel de opinii, printre care pot fi amintite: localizaționismul, degenerescența, teoria reflexelor condiționate și freudismul, cu toate exagerările și *„vînătorile de vrăjitoare"* specifice. Ultimele decenii, sub presiunea datelor științifice acumulate într-un ritm extrem de rapid, ca și a unei deschideri largi către alte domenii de studiu, nu au mai fost marcate decît de o singură orientare dogmatică, cea antipsihiatrică, orientare care însă s-a autoizolat și nu a avut răsunetul scontat de inițiatori.

Atitudinile care însoțesc dogmatismul promovat de bolnavul psihic, delirant sau nu, sînt fanatismul și intoleranța.

511. **DOGMATIC**(D) **delir** ● Formă rară a delirului din schizofrenia adolescentului, descrisă de CLÉRAMBAULT, în care raționalismul este împins pînă la absurd, iar realitatea este pur și simplu nerecunoscută. Idei filozofice, științifice, politice sînt asociate absurd și ridicate la rangul de principii călăuzitoare ale vieții subiectului, care se organizează discordant și mecanic, după principii în afara oricărei realității.

512. **DOGMATIL**(M), **DOGMATYL**(M) Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Japonia, RFG, Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-ani-

samidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are aceleași indicații cu cele ale NL incisive (endogenii), fiind util și în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea MAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

513. **DOIMAZIN**(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

514. **DOKSAPAN**(M) Turcia — DCI *Dexopină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/o-xepin-$\Delta^{11(6H)}\gamma$-propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, fapt care-i face pe unii autori să-l considere un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN(M).

515. **DOLICOMORFIE** (cf. gr. *dolichos* „lung" ; *morphe* „formă") — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER(B) boală; ARAHNODACTILIE ; DISMEZECTOPIE LAVAL ; DISTROFIE NEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX ; MARFAN-ACHARD(S) sindrom ; MARFAN-ERB(S) sindrom → DOLICOSTENOMELIE.

516. **DOLICOSTENOMELIE** (cf. gr. *dolichos ; stenos* „îngust" ; *melos* „membre, extremitate„) — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER(B) boală ; ARAHNODACTILIE ; DISMEZECTOPIE LAVAL ; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE ; DOLICOMORFIE ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX ; MARFAN-ACHARD(S) sindrom ; MAR FAN-ERB(S) sindrom ● A fost descris în 1876 de WILLIAMS, în 1896 de MARFAN și în 1902 de ACHARD. Apare relativ frecvent (peste 500 cazuri publicate pînă în prezent). Are caracter ereditar și familial autosomal-dominant. Patogenia sindromului este încă necunoscută, cercetări recente tind să sublinieze rolul unui aminoacid (hidroxipralina) în alterarea substanței fundamentale a țesutului elastic și colagen.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin anomalii osteoarticulare (dolicostenomelie și arahnodactilie, cu degete de „păianjen", statură înaltă, peste media vîrstei, hiperlaxitate articulară, torace „în pîlnie", spina bifida etc.) și oculare (cataractă, retinită pigmentară, microoftalmie, colobomă etc.), manifestări cardiovasculare constante (leziuni aortice și ale arterei pulmonare, comunicare interarticulară sau interventriculară etc.), hipotonie musculară, hiporeactivitate generalizată, convulsii. Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, mortalitatea afiind crescută mai ales datorită complicațiilor cardiovasculare. Tratamentul este simptomatic (medicamentos și chirurgical).

517. **DOLIU** (cf. lat. *dolere* „a suferi, a fi întristat") ● Ansamblu de procese, reacții și comportamente care apar la pierderea unei persoane apropiate sau a unui substitut al respectivei persoane. Psihologic, reacția de doliu este o reacție normală, în măsura în care pierderea ființei apropiate antrenează, în mod firesc, o suferință. Psihanaliza consideră că doliul se declanșează prin mecanisme conștiente și inconștiente, avînd ca semnificație profundă o problematică a detașării, a separării. FREUD („Doliu și melancolie") explică travaliul doliului astfel : realitatea arată subiectului că obiectul în care el a investit nu mai există, ca urmare subiectul ar trebui să-și retragă investiția libidinală ; în mod normal, subiectul ar urma să se supună realității, să o accepte și să o integreze. O perioadă, obiectul continuă să existe în plan psihic ; cu timpul, energia subiectului este reinvestită (în profesie, activități etc.) și astfel se produce detașarea libidoului de obiectul pierdut. Eul se eliberează de inhibiții.

Doliul reprezintă, incontestabil, o reacție normală. Durata, intensitatea, conținutul trăirilor legate de doliu pot trece însă granițele normalului spre patologie, cînd subiectul se simte vinovat de moartea survenită, se crede posedat de defunct, rememorează obsedant împrejurările morții, exagerează în îndeplinirea ritualurilor obișnuite după moarte, se crede bolnav de boala defunctului, își prelungește suferința și se simte vinovat de momentele în care durerea se diluează, este uneori demonstrativ în suferință. FREUD și lucrările ulterioare de psihanaliză atribuie doliul patologic conflictului ambivalențial al subiectului, dragostei și urii (chiar a dorinței de moarte) nutrite concomitent față de persoana dispărută. Culpabilitatea legată de tendințele agresive refulate împiedică sau încetinește

travaliul de doliu, complicindu-l cu apariţia unor simptome nevrotice.

Depresia de coloratură isterică, consecutivă unei pierderi reale, se produce ca urmare a regresiei la un obiect abandonat în copilărie, evenimentul exterior fiind important doar prin activarea acestei tendinţe la regresie. Răspuns ideo-afectiv şi comportamental la pierderea unei fiinţe dragi, cu mecanism similar oricărei reacţii psihologice „normale", experienţa doliului permite în acelaşi timp intrarea în sfera psihopatologiei, pe aceeaşi „poartă" cu melancolia (psihoza depresivă descrisă de ABRAHAM în 1912 şi de FREUD în 1916, în lucrarea sa „Doliul şi melancolia"). Simptomatologia comună constă în scăderea interesului pentru lumea exterioară, sărăcirea vieţii de relaţie, instalarea unei inhibiţii psihomotorii generale, sentimentul pierderii autostimei, autodeprecierea.

Factori psihologici ca ambivalenţa, culpabilitatea, mecanismul de identificare cu defunctul, favorizează instalarea melancoliei de doliu. „În loc să se scurgă spre lumea exterioară, fluxul de energie refulează în lumea interioară şi investeşte narcisic însuşi Eul... toată agresivitatea împotriva subiectului este dirijată acum împotriva Eului propriu" (H. DEUTSCH — „Psihanaliza nevrozelor"). Se conturează astfel un veritabil tablou al melancoliei declanşată de doliu, cu pierderea sentimentului de autostimă (autoreproşuri, autoinjurii) şi aşteptarea delirantă a unei pedepse.

518. **DOLIU — reacţie** ● Abordarea doliului în lumina „comprehensibilităţii" lui K. JASPERS (1913) consolidează ideea apartenenţei situaţiei de doliu la categoria reacţiilor normale, prin identitatea „modului de a deschide şi de a privi înăuntrul relaţiei situaţie-reacţie". La rîndul lor, datele oferite de antropologia culturală (rituri, credinţe) completează datele psihopatologiei în explicarea travaliului de doliu normal, al cărui deznodămînt firesc, natural, constă în faptul că Eul redevine liber, fără inhibiţii, pregătit să investească într-un nou obiect (cum susţine psihanaliza). În acest sens HANUS, citat de M. POROT, distinge mai multe forme de doliu:

● *Doliul normal* — care cuprinde trei etape succesive: disperare, depresie şi adaptare, derulate într-o perioadă de timp care reuneşte şi mixează laolaltă ambivalenţa, agresivitatea şi culpabilitatea, dar care nu scapă de sub un control coerent; este situaţia în care psihiatrul n-ar trebui să pună diagnosticul de „depresie de doliu" (GORGOS, 1985), realizînd faptul că atenţia sa ar trebui îndreptată asupra celor care nu au această tulburare în condiţiile pierderii unor persoane apropiate.

● *Doliul complicat*, numit şi „doliul imposibil", caracterizat prin incapacitatea de stăpînire a sentimentului de irecuperabilitate a pierderii suferite, pe o durată de timp ce se prelungeşte indefinit, datorită unor mecanisme psihologice aparent extreme pe axa afectivităţii. Supapa o reprezintă tulburările psihosomatice care apar în mod frecvent şi contribuie, într-o oarecare măsură, la rata crescută a morbidităţii şi mortalităţii (dar nu şi a suicidului) din anii ce urmează doliului.

● *Doliul patologic* poate reprezenta o ocazie de recădere (mai rar de debut) a unui acces depresiv endogen sau maniacal, intensitatea psihotică fiind mult mai rar atinsă comparativ cu cea nevrotică, a cărei diversitate de forme şi nuanţe este practic infinită, în raport cu structura particulară de personalitate.

Neglijarea unor eventuale elemente de psihopatologie ce se pot strecura în mod insidios într-o reacţie de doliu aparent normală, ca şi *„psihiatrizarea"* altora datorită tendinţei unor psihiatrii de a ignora sau a nu recunoaşte normalitatea, reprezintă două atitudini la fel de dăunătoare. Un examen clinic atent, o evaluare fizică globală, fundamentat, pe largi resurse de înţelegere şi compasiune, pot fi elemente utile în diagnosticul şi terapia reacţiei de doliu.

519. **DOLSEDOL**(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptană-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune antihistaminică, şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

520. **DOMALIUM**(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

521. **DOMALIUM COMPUESTO**(MC) Spania ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu aceeaşi acţiune şi care se complementează:

● DIAZEPAM(M) — tranchilizant;

● FENITOIN(M) — anticonvulsivant.

Are acţiune anticonvulsivant-miorelaxantă.

522. **DOMAR**(M) Italia — DCI *Pinazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip

7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propionil)-2H--1,4-benzodiazepină-2-onă, cu acţiune anxiolitic-sedativ-hipnotică.

523. **DOMATOFOBIE**(F) (cf. gr. *domos* „casă, adăpost"; *phobos* „frică") ● Variantă a claustrofobiei, în care se circumscrie mai precis spaţiul claustrării: casa, încăperea ⟶ CLAUSTROFOBIE(F).

524. **DOMICAL**(M) Anglia ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ⟶ sin. AMITRIPTILINA(M) România.

525. **DOMINAL**(M), **DOMINAL FORTE**(M) Anglia, Belgia, Franţa, Olanda, RFG — DCI *Protipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-pirido/3,2-b//1,4/-benzotiazină, cu acţiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare minore.

526. **DOMINANS**(MC) Italia ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu acţiune diferită, care însă se complementează:

- NORTRIPTILINA(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- FLUFENAZINA(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Acţiunea cumulează efectele antidepresive cu cele ale neurolepticului.

527. **DOMINANTE**(H) **halucinaţii** (fr. *dominant*; cf. lat. *dominari* „a domina") ● Fără să desemneze un tip psihopatologic de fenomen halucinator, acest termen se referă la o particularitate (în special cantitativă) a unei modalităţi specifice de halucinaţii: auditive, vizuale, cenestezice etc., în cadrul unui tablou delirant paranoid.

528. **DOMINANTE — idei** ● Tulburări în valorizarea judecăţilor, care au caracter tranzitoriu şi se detaşează din planul celorlalte idei, impunîndu-se gîndirii. Hipervalorizarea lor ţine de particularităţi ale personalităţii subiectului, fie că el este sau nu conştient de aceasta, iar conţinutul lor este legat, de obicei, de preocupări concrete. Se întîlnesc în reacţii psihogene, fiind favorizate de alcoolism şi surmenaj. Trebuie făcută distincţia între aceste idei şi conţinuturile ideative legate de anumite preocupări profesionale sau artistice, care reprezintă o polarizare voită şi dorită a ideaţiei subiectului în jurul problemelor respective. Aceste idei nu au nimic comun cu patologicul, atîta timp cît ele creează valoarea artistică sau ştiinţifică.

529. **DOMINIL**(M) RFG. ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ⟶ sin. DOMINAL(M) Anglia.

530. **DOMNAMID**(M) Danemarca — DCI *Estazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-6-fenil-4H-s-triazo-10/4,3--a//1,4/benzodiazepină, cu acţiune uşor anxiolitică şi marcat sedativ-hipnotică.

531. **DONAPAX**(M) Mexic — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

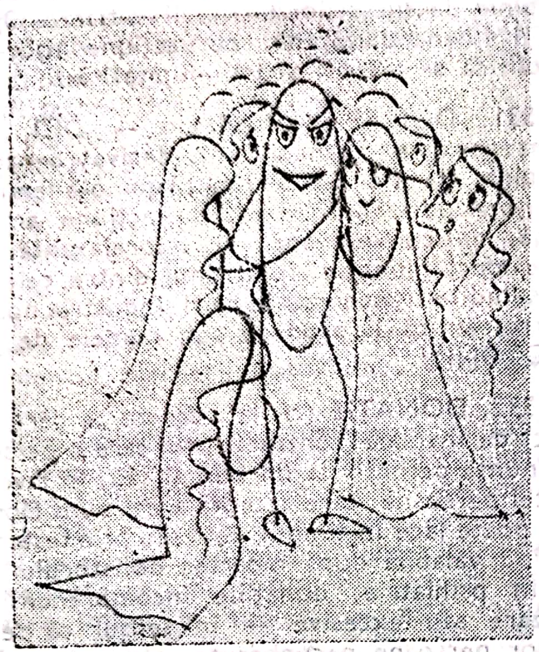
532. **DONAŢIE** (cf. lat. *donare* „a dărui") ● Act de învoială (contract) prin care o persoană renunţă definitiv la un bun al său, în favoarea altei persoane, care acceptă acest bun. Donaţia se poate face în timpul vieţii sau prin testament (fiind valabilă după moartea donatorului).

În psihiatrie, donaţiile incomprehensibile, bizare sau excesive — în sensul că se fac unor persoane necunoscute (alese aleator, de exemplu dintr-o carte de telefon) sau unor instituţii (biserici sau societăţi chinologice, de exemplu) în defavoarea persoanelor îndreptăţite (descendenţi, părinţi, rude) sau afectînd mijloacele de subzistenţă ulterioară ale donatorului — pot construi semne patognomice pentru depistarea unei demenţe (senile sau presenile), unei psihoze afective în acces maniacal şi, mai rar, al unui sindrom discordant.

533. **DONIX**(M) Spania — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-beozodiazepină, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

534. **DONJUANISM** — sin. GINECOMANIE ● Tulburări în comportamentul sexual (hipersexualitate) al unor indivizi de gen masculin, constînd în căutarea continuă de experienţe erotice, cu un număr cît mai mare de partenere. Comportamentul erotomanic se caracterizează prin superficialitate şi multitudinea legăturilor sexuale ale subiecţilor, preocupaţi să-şi dovedească permanent capacitatea de a interesa şi cuceri noi şi noi partenere. S-ar datora unui narcisism accentuat, cu apariţia în compensaţie a fricii de a nu fi suficient iubit şi a unei fixaţii pregenitale a sexualităţii,

cu o componentă sadică. Rezultă astfel o nevoie de a acumula succes după succes pe plan erotic, pentru a anula eşecuri iminente şi a se elibera de culpabilitatea de a le fi avut. Termenul provine de la numele lui Don Juan



Tenorio din Sevilla, personaj al unei legende spaniole medievale (secolul al XVI-lea), faimos prin cuceririle sale amoroase, care reapare în drama lui TIRSO da MOLINA „Seducătorul din Sevillla" (1630) şi apoi în creaţia a numeroşi scriitori (GOLDONI, BYRON, MOLIÈRE, PUŞKIN, SHAW) şi compozitori (MOZART, GLÜCK, R. STRAUSS, HOFFMANN).

Donjuanismul este considerat de unii autori (GUIORA, 1966) ca un aspect al personalităţii de tip isteric masculin, iar pentru alţii (MYRE SIM, 1969) indică imaturitatea sexuală, fiind, în realitate, o încercare de reprimare a tendinţelor homosexuale latente.

535. **DONQUIJOTISM** ● Termen derivat din numele eroului lui CERVANTES, folosit pentru a defini trăsături accentuate de personalitate ale indivizilor care se dedică voluntar şi dezinteresat unor cauze justiţiare sau unor idei reformatoare, susţinute şi apărate cu tenacitate, în absenţa simţului critic, ajungînd la un „monoideism ce favorizează iluzia şi orbirea sentimentală" (M. POROT, GUTMANN). Unii autori consideră donquijotismul ca particularitate a idealistului pasionat (DIDE) şi a visătorului activ (BOREL), iar alţii (CULEON) îl apreciază ca o formă de tranziţie între delirul de imaginaţie şi cel de interpretare (DESCHAMPS, LÔO). Reabilitînd o accepţiune generoasă a termenului, H. DEUTSCH atribuie donquijotismul unei „eterne aspiraţii" a spiritului uman, caracteristică unui „erou" care luptă împotriva exigenţelor reali-

Don Quijote

tăţii refuzindu-le, şi încercînd să le supună idealului Eului său narcisic.

536. **DOPAJ** (fr. *dopage*) ● Modalitate artificială de creştere a randamentului activităţii generale, prin creşterea rezistenţei la suprasolicitare fizică şi psihică. Toate aceste efecte se pot obţine prin utilizarea frecventă şi pe o durată mare de timp a unor substanţe psihostimulante (cofeină, amfetamine, alte psihoenergizante), sub acţiunea lor obţinîndu-se o atenuare aparentă a senzaţiei de oboseală, ceea ce permite prelungirea unui efort, pînă la epuizare. Utilizarea abuzivă a acestor droguri determină însă insomnii, anorexie, dificultăţi mnestice, alterări ale timiei, iritabilitate. Se descriu, de asemenea, tulburări de comportament sau chiar psihoze amfetaminice. Subiecţii care utilizează dopajul pot ajunge, prin creşterea progresivă a dozelor, la toleranţă şi dependenţă, cu apariţia simptomatologiei de sevraj. De regulă, dopajul se asociază cu creşterea apetitului pentru băuturi alcoolice sau cu abuzul de hipnotice.

537. **DOPAMINĂ** ● Metabolit al dezoxifenilaminei (DOPA), neurotransmiţător cu acţiune

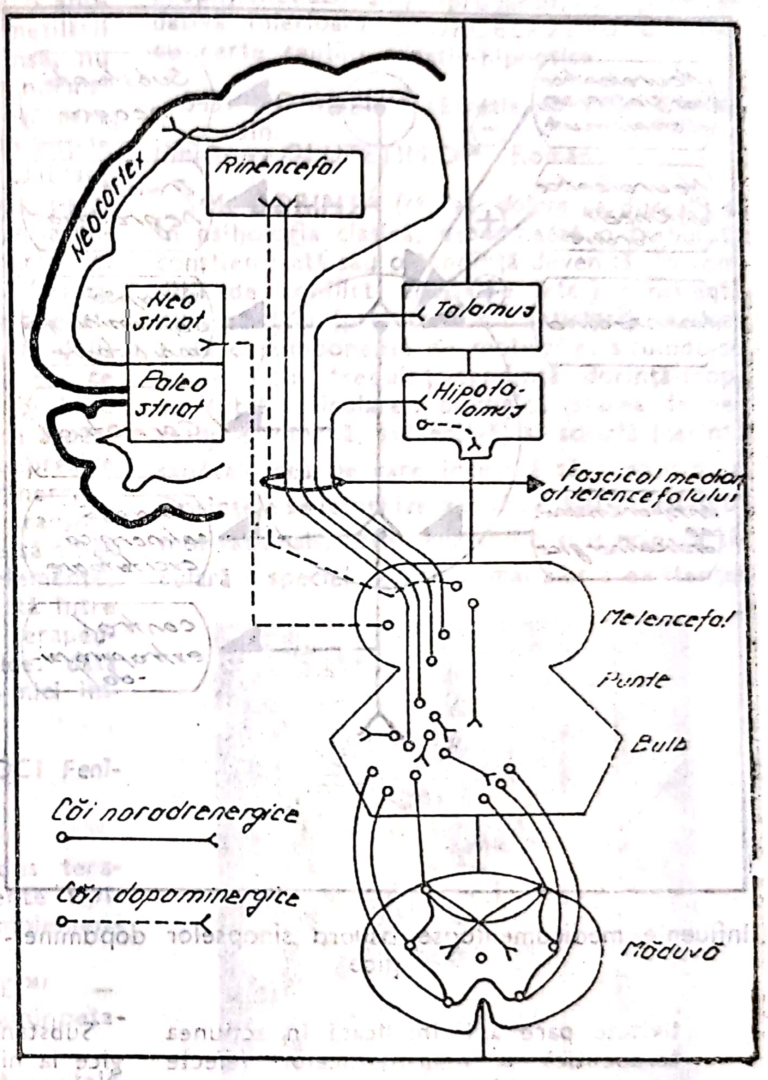
la nivelul sistemului nervos central (CARLSSON, 1957). Cunoscută inițial ca produs intermediar pe calea de sinteză a noradrenalinei și adrenalinei, dopamina este implicată în procesele de neurotransmisie centrală și periferică. Dopamina reprezintă mai mult de 50% din cantitatea totală de catecolamine cerebrale, iar din această cantitate, 80% se află în nucleii bazali.

Sinteza dopaminei parcurge următoarele etape :

- captarea tirozinei din sînge în neuron ;
- transformarea în DOPA prin acțiunea tirozinhidroxilazei (etapă limitantă). Activitatea tirozinhidroxilazei reglează întreg lanțul metabolic, prin mecanisme de feed-back, în funcție de cantitatea de dopamină sintetizată ;
- DOPA este transformată în dopamină prin acțiunea unei decarboxilaze și apoi stocată în granule presinaptice.

Degradarea dopaminei presupune intervenția monoaminoxidazei (MAO) și catecol-o-monoamintransferazei (COMT). Produsul final de degradare este acidul homovanilinic. Tehnici de histofluorescență și imunofluorescență au permis individualizarea în sistemul nervos central a patru mari sisteme neuronale dopaminergice :

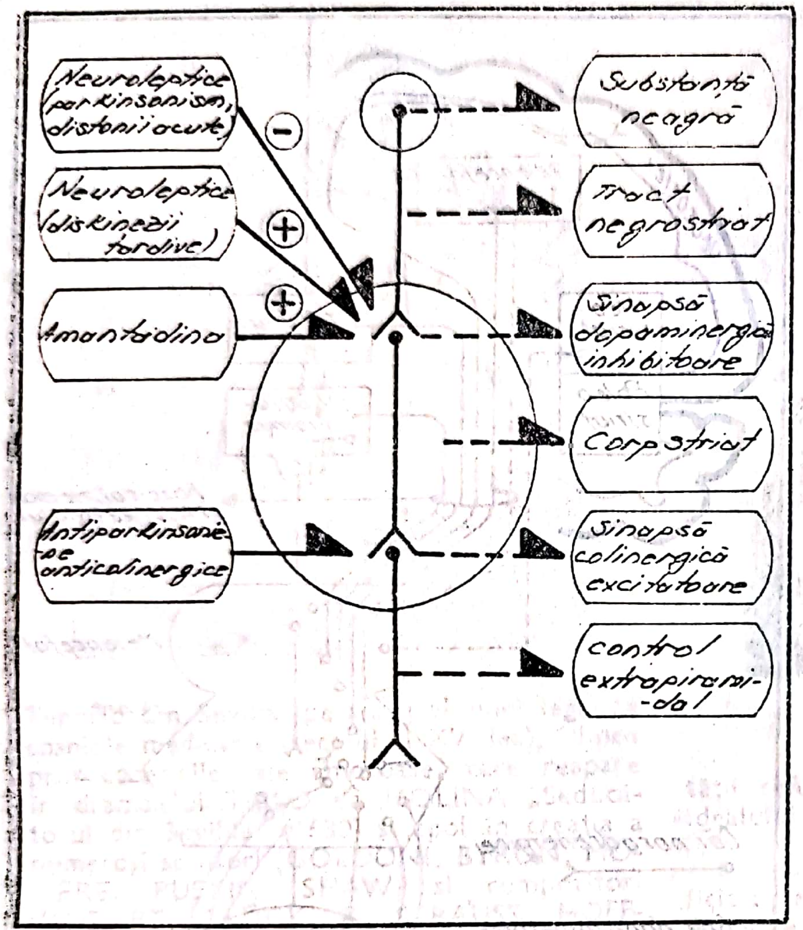
- sistemul nigrostriat, constituit din corpuri celulare situate în nucleul A_9 din locus niger, care fac sinapsă în striat ; acest sistem controlează, în parte, motricitatea extrapiramidală ;
- sistemul mezolimbic, care pleacă din nucleul A_{10} din locus niger și se termină în nucleul acumbeus, tuberculul olfactiv și stria terminală. Acest sistem joacă, probabil, un rol în viața emoțională ;
- sistemul mezocortical, care pornește din nucleii A_9 și A_{10} din locus niger și sfîrșește pe fața profundă a contextului frontal Are rol în fenomenele de integrare cerebrală, iar perturbările activității lui se întîlnesc în unele forme de schizofrenie ;
- sistemul tubero-infundibular, cu origine în nucleii A_{12} și A_{13} din hipotalamus și terminat în eminența mediană. Inhibă secreția de prolactină.



Căi biochimice noradrenergice și dopaminergice cu originea în trunchiul cerebral

Receptorii dopaminergici se mai întîlnesc, în afara sistemului nervos central, și în sistemul vascular renal. Aspectul funcțional dinamic, al interacțiunii dopaminei cu receptorii dopaminergici pre- și postsinaptici se realizează după schema generală (→RECEPTORI).

Au fost puse în evidență două tipuri distincte de receptori dopaminergici :



Influențe medicamentoase asupra sinapselor dopaminergice

- D_1 — cuplați de adenilatciclaza membranară; efectul stimulării lor este de lungă durată, cu caracter modulator;
- D_2 — a căror prezență nu pare a fi legată de adenilatcicliză, dar a căror activitate pare a fi implicată în acțiunea terapeutică a neurolepticelor (efecte adenozinmonofosfat-independente, cu caracter inhibitor).

Unii autori au descris receptori de tip D_3 și D_4, a căror existență este încă controversată. Receptorii dopaminergici centrali determină efecte excitatoare sau inhibitoare, astfel:

- receptori inhibitori (DA-RI) sint distribuiți difuz, au o localizare postsinaptică, sint aferenți unor fibre dopaminergice ce se formează imediat după naștere și rezistă la depleția cu reserpină, ei mediind apariția potențialelor postsinaptice inhibitoare, ce frinează activitățile colinergice excitatoare din teritoriile în care se află;
- receptorii centrali excitatori (DA-RE) sint mai puțin răspindiți, se localizează presinaptic în neostriat și nucleul caudat, sint aferenți unor terminații dopaminergice ce apar tardiv, după naștere, și sint sensibile la depleție; prin intermediul lor, se realizează blocarea eliberării acidului gamaaminobutiric (GABA), înclinind echilibrul sinaptic local în favoarea efectelor postsinaptice excitatoare.

Eliberarea de dopamină interesează, mai ales, spațiile lungi extracelulare, ceea ce favorizează caracterul difuz al efectelor ei. Un mare număr de substanțe psihotrope, utilizate ca agenți terapeutici sau reactivi farmacologici, modifică activitatea dopaminergică. Printre substanțele care favorizează activitatea dopaminergică, unele accelerează eliberarea de dopamină din terminațiile presinaptice (astfel sint amfetaminele, dar efectul lor privește eliberarea tuturor catecolaminelor). Alte substanțe acționează mai ales, printr-o inhibiție a recaptării, la nivelul presinaptic (cocaina). În același mod acționează nomifensina, substanță introdusă în terapia depresiilor nevrotice inhibate. Alte substanțe acționează simulind direct receptorul postsinaptic (L-dopa, bromocriptina, apomorfina).

Substanțele blocante ale acțiunii dopaminergice la nivel postsinaptic aparțin grupului de neuroleptice. În funcție de structura lor chimică, neurolepticele au o afinitate diferită față de receptorii D_1 și D_2, dar și față de diversele sisteme dopaminergice (de exemplu, haloperidolul are o afinitate mai mare pentru sistemul nigrostriat decit pentru cel mezolimbic și mezocortical). Acțiune inversă are sulpiridul. Interesul practic pentru dopamină a stimulat și observații privind reducerea nivelului ei (1960) în structurile striate ale parkinsonienilor, ceea ce a deschis calea terapiei dopaminergice în această afecțiune.

În psihiatrie, interesul practic pentru dopamină este legat de înțelegerea modului de

acțiune a neurolepticelor și de formularea unor ipoteze (dopaminergice) privind schizofrenia. Astfel, mescalina, a cărei acțiune halucinogenă este bine cunoscută, nu este decît dopamina metilată. Există în organism enzime ce favorizează reacția de metilare, enzime a căror activitate poate fi declanșată de o anomalie genetică, aflată deci la originea metilării patologice a dopaminei. În prezent însă, nu poate fi evidențiat evntualul metabolit normal metilat. O altă ipoteză mai convingătoare pare a fi aceea care susține că toate substanțele cunoscute pentru activitatea lor stimulatoare dopaminergică agravează schizofreniile paranoide și sînt susceptibile de a provoca la subiecți normali tablouri clinice de delir paranoid. Invers, toate substanțele cu activitate neuroleptică (blocînd receptorii dopaminergici postsinaptici) ameliorează simptomatologia delirantă a schizofreniilor paranoide. În ceea ce privește implicarea dopaminei în tulburările de dispoziție, există date certe asupra aspectelor simptomatice ale sindroamelor depresive determinate de hipoactivitatea dopaminergică. Numeroase substanțe ce facilitează transmiterea dopaminergică par a fi capabile să amelioreze depresiile. În ciuda acestor elemente, este greu de stabilit o legătură directă între modificările biologice dopaminergice terapeutice și ameliorarea aspectelor clinice, dată fiind eterogenitatea factorilor biochimici implicați.

53 **DOPHENIN**(M) URSS — DCI *Feni-* sin. *toinum* → FENITOIN(M) România.

539. **DOPRENE**(MC) Grecia. Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se complementează. Este compus din :

- DEANOL PYROGLUTAMATE(M) — nooanaleptic, derivat dimetil-aminoetanolic ;
- HEPTAMINOL(M) — rooborant proteic. Are acțiune psihostimulatoare.

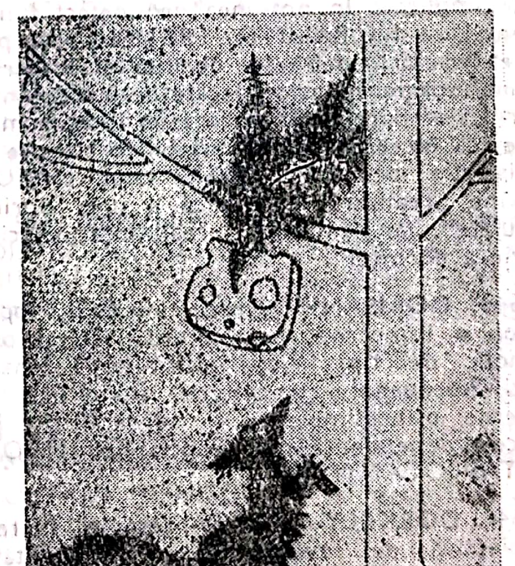
540. **DORACIL**(M) Argentina — DCI *Mefenorex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N-(3-cloropronil)-α-metilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice reduse și bune performanțe anorexigene. Util în tratamentul adjuvant neuroleptic.

541. **DORAFOBIE**(F) (cf. gr. *dora* „piele" ; *phobos* „frică") ● Teamă nejustificată, cu caracter patologic, de a atinge blana unor animale care nu pot produce nici un rău și care, în mod normal, pot fi mîngîiate. Nu trebuie confundată cu zoofobiile și nici cu teama de animale necunoscute.

542. **DOREVANE**(M) Belgia, Franța — DCI *Propiomazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 1-/10-(2-dimetilamino-propil)fenotiazin-2-il/-1-propanol, cu acțiune sedativă inferioară CLORDELAZINULUI, dar cu certe calități sedativ-hipnotice.

543. **DORIDEN**(M) Elveția — DCI *Gluthe-* sin. *timide* → GLUTETIMID(M) România.

544. **DORINȚĂ** (cf. lat. *dolere* „a durea") ● În psihologia clasică, desemnează o trebuință conștientizată sau o tendință devenită (în condiții de conflict, frustrare etc.) conștientă de scopul ei (proiectat sau anticipat). Reprezintă o componentă de motivație, situîndu-se pe traiectul trebuință-tendință, dorință-scop, cu dublă articulare : biologică (starea de necesitate internă, subiectivă) și socială (cerința sau valoarea pe care încearcă să o exprime). Dorințele se ierarhizează diferențiat în sistemul motivațional-afectiv, rezumînd o istorie particulară a speciei umane și mai ales a existenței



individuale. Au rol dinamogen și orientativ, semnalînd o nevoie sau denunțînd o limită (sau o lipsă) a subiectului, ceea ce nu determină automat și satisfacere sau activitate compensatorie. Dorințele reflectă gradul de concordanță sau discordanță dintre trebuințele

Scanned with OKEN Scanner

subiectului şi condiţiile obiective, apărînd, în ultimă instanţă, ca o „trăire a împrejurării de viaţă". Deşi constituie premise ale actelor voluntare, prezenţa dorinţelor nu echivalează cu satisfacerea lor automată prin acţiuni voluntare corespunzătoare. Conştiinţa le triază, dă curs împlinirii sau le reprimă pe altele. „Tendinţa este subordonată dorinţei şi dorinţa subordonată voinţei" — arăta LACHELIER. Dorinţele dau coloratură vieţii afective, generează sentimente şi pasiuni „Orice năzuinţă sau dorinţă este expresia unui impuls de a anihila o lipsă, de a îndepărta o nelinişte, de a evita o primejdie, de a părăsi o stare pentru alta mai bună. Dinamica vieţii afective este prin excelenţă un joc de forţe ce se ciocnesc sau se favorizează, un spectacol în care se confruntă Binele cu Răul... o gamă infinită de culori şi tonuri, plină de vigoare şi dinamism" (V. PAVELCU). Omul lipsit de dorinţe este un „infirm", un „mutilat".

Psihanaliza consideră dorinţa ca aparţinînd inconştientului. În perspectivă psihanalitică, dorinţa este factorul dinamic căruia i se opune defensa. Dorinţa se supune legilor procesului primar, arătînd existenţa unei lipse legate de primele experienţe de satisfacţie (sau existenţa unei frustrări, în sensul în care frustrarea este implicată în noţiunea de „defect fundamental" a lui BALINT), FREUD („Interpretarea viselor") defineşte dorinţa ca reapariţie a unei imagini mnezice, legate de o trebuinţă ; dorinţa ar fi reinvestirea acestei imagini mnezice, ca încercare de a restabili o situaţie de satisfacţie primară. Astfel, visul (FREUD) devine „realizarea simbolică a unei dorinţe refulate", iar fantasma „realizarea halucinatorie a dorinţei".

545. **DORISAN(M)** Grecia — DCI *Propranolol.* ● Psihotrop, betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, cu valenţe psihostimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO→ BETABLOCANTE.

546. **DORKELY-AMEN(T)** test ● Metodă proiectivă de investigare a personalităţii, folosită iniţial în clinica infantilă (destinată copiilor între 8—11 ani). Subiectului i se prezintă un număr de 12 imagini redînd situaţii emoţionale neutre şi nefinalizate tematic, cerîndu-i-se să întocmească o poveste pe marginea fiecărei imagini prezentate. Numărul pozelor pentru care copilul defineşte expresia feţei personajului ca tristă oferă examinatorului un indice al nivelului de nelinişte, pe care acesta îl poate raporta la situaţii concrete (casă, şcoală, stradă), conform celorlalte elemente din imagine. KALININA a extins, în 1980, metoda amintită, spre a putea fi aplicată şi în cercetări asupra adolescenţilor.

547. **DORKEN(MC)** Spania ● Produs terapeutic care conţine trei medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează :
● DIPOTASSIUM CLORAZEPATE(M)
● GABOB(M)
● PYRIDOXINA(M)
Are acţiune anxiolitică şi psihotonă.

548. **DORM(M)** Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

549. **DORMABROL(M)** Austria — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

550. **DORME(M)** SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN(M).

551. **DORMICUM(M)** Austria — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

552. **DORMIGEN(M)** Spania — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil/-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte, contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom şi miastenie.

553. **DORMIPHEN(M)** Cehoslovacia — DCI *Cyclobarbitalum* →sin. CICLOBARBITAL(M) România.

554. **DORMIPHEN**(M) S.U.A. — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-01, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

555. **DORMODOR** (M) Spania ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DORMIGEN(M) Spania.

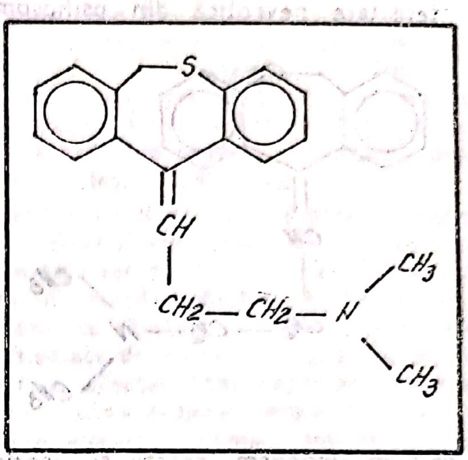
556. **DOROMANIE** (cf. gr. *didomi* „a dărui"; mania „nebunie") ● Dorința patologică de a dărui diferite bunuri persoanelor din anturaj, spre a le oferi și spre a-și oferi satisfacții, întîlnită în manie, demențe. Absența discernămîntului în această circumstanță și a încărcăturii ideo-afective, care însoțește oferirea unui dar, în mod normal, atrage atenția asupra caracterului bizar, aleator și nemotivat al acestei acțiuni. Termenul este rar folosit, deși actul apare destul de frecvent.

557. **DORSIFLEX**(M) Austria, Elveția, Grecia — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamatic de tip 5-/(0-metoxifenoxi)metil/-2-oxazolidinonă, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efecte secundare practic nule, de o bună toleranță.

558. **DOSIOS Periclis Anastase Andrei** (1900—1974) ● Psihiatru român, face studiile liceale la Craiova și începe studii de drept la București, pe care le întrerupe pentru a se dedica, la Paris, medicinii (1920—1927). Lucrarea sa de doctorat asupra luxației congenitale coxofemurale părea să indice orientarea spre ortopedie a tînărului absolvent. Totuși, după o scurtă revenire în țară, aprofundează studiul psihiatriei, la Bicêtre și Salpêtrière. După întoarcerea sa definitivă în țară (1932), lucrează la Sibiu cu doctorul Gh. PREDA. În 1934, este angajat intern la Spitalul „Gh. Marinescu", unde se va titulariza în 1936.

„Bucurîndu-se de faima de a fi unul dintre cei mai culți medici din România" (P. CORTEZ, M. SĂRMĂȘANU-CORTEZ), are o activitate științifică bogată, publicînd două monografii: una dedicată alcoolismului (1949), și alta schizofreniei (1955) și peste o sută de comunicări, în periodice străine și românești.

559. **DOSULEPIN** (DCI) ● Derivat dibenzotiepinic, de tip N,N-dimetildibenz/b,e/tiepin-$\Delta^{11(6H)}\gamma$-propilamină, cu acțiune antidepresiv timoleptică moderată, dublat de calități anxiolitice. Efectele secundare sînt moderate. Are o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici: DEPRESYM(M) S.U.A. PROTHIADEN(M) Anglia, Belgia, Cehoslovacia, Franța. XERENAL(M) Austria.



560. **DOUBLET François** (1751—1795) ● Psihiatru francez, coautor al lucrării „L'Instruction de 1785", alături de COLOMBIER. Ideile sale generoase nu vor fi date uitării odată cu moartea sa prematură, poate și datorită faptului că succesorul său la catedră va fi P. PINEL.

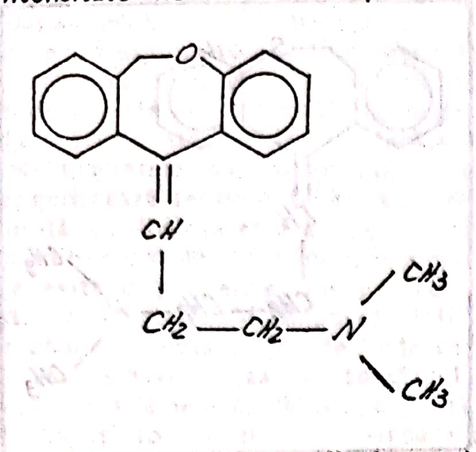
561. **DOVAL**(M) Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

562. **DOWN**(B) **boală** — sin. ACTOMIMIE; DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MINTALĂ; IDIOȚIE FURFURACEE SEGUIN; IDIOȚIE MONGOLOIDĂ; MONGOLISM; SEGUIN(B) boală; TRISOMIE 21; $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON-DOWN(B) boală. ● La indicația OMS termenii DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOȚIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM se recomandă a nu mai fi utilizați.

563. **DOXAL**(M) Finlanda, **DOXECAN**(M) Coreea $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOXEPIN(M) România.

564. **DOXEPINE**(DCI); **DOXEPIN**(M) România ● Derivat dibenzoxepinic, de tip N,N-dimetildibenz/b,e/oxepin$\Delta^{11(6H)}\gamma$-propilamină — structură foarte asemănătoare cu a dosulepinelor —, cu acțiune antidepresiv timoleptică moderată, cu valențe anxiolitice bine conturate,

fapt care-i face pe unii autori să-l considere mai mult un bun tranchilizant cu valențe antidepresive. Indicat în anxietatea și depresia de intensitate nevrotică din psihosomatică,



post-partum, alcoolism, reacții și, asociat, în tratamentul de întreținere al depresiilor psihotice. Buna sa toleranță, cît și toxicitatea redusă îl fac util în depresiile vîrstnicilor. Contraindicat în glaucom, adenom de prostată; nu se administrează concomitent cu IMAO. Reacțiile secundare sînt cele ale antidepresivelor timoleptice, în general, dar mai atenuate. Produsul este întîlnit sub următoarele forme de prezentare, în practica curentă:

Cel mai cunoscut:

SINEQUAN(M) Anglia, Australia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Norvegia, Portugalia, R.F.G., Spania, S.U.A.;

Alte forme:

ADAPIN(M) S.U.A.
APONAL(M) R.F.G.
DOKSAPAN(M) Turcia
DOXAL(M) Finlanda
DOXECAN(M) Coreea
DOXEDYN(M) Finlanda
GILEX(M) Israel
NOVOXAPIN(M) Spania
QUITAXON(M) Anglia
SERECAN(M) Coreea
SUMIKANG(M) Coreea
TORUAN(M) Spania.

565. DOXYFED(M) S.U.A — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

566. DOZĂ (fr. *dose*; cf. gr *dosis* „acțiunea de a dărui, dar, parte") ● Cantitate de medicamente administrate în așa fel încît să producă o anumită concentrație tisulară, care, la rîndul ei, să determine un anume efect. Dozarea unui drog (termen folosit aici în sens de agent terapeutic) reprezintă o decizie luată în raport cu patru variabile:

cantitatea de drog administrat într-o singură priză;
- calea de administrare a drogului;
- intervalul dintre doze;
- durata totală de administrare a drogului.

Exprimată în grame și submultiplii acestora sau în unități biologice (cantitatea definită prin efectul biologic produs la animale), doza va fi variabilă în funcție de calea de administrare, aprecierea ei fiind în funcție de greutatea sau de suprafața corporală (doză/kg corp, doză/1 m² de suprafață corporală).

După mărimea dozelor la care apare un anume efect biologic, substanțele medicamentoase pot fi calificate drept inactive, slab active, active, puternic active (STROESCU). Tipurile de doze sînt numeroase și în relație strînsă cu efectele biologice produse. Astfel, efectul dorit se poate obține cu o doză a cărei valoare este cuprinsă între doza minimă la care apare efectul și doza maximă care, odată depășită, determină apariția unor efecte toxice. Între cele două valori, se află zona de manevrabilitate a drogului utilizat. În funcție de farmacocinetica drogurilor, acestea pot fi administrate în una sau mai multe prize. În funcție de concentrația sanguină dorită și de timpul în care ea trebuie atinsă, se pot administra doze de atac (doză inițială mare) sau doza de saturație — atunci cînd medicamentul acționează prin acumulare. Ulterior, se va administra doza de întreținere, la stabilirea căreia este necesară cunoașterea modului de acumulare a substanței și rata ei de eliminare, în asa fel încît să se mențină o concentrație constantă a drogului în organism. Un exemplu concret pentru aceste tipuri de doze îl constituie cura neuroleptică. Se poate utiliza, de asemenea, doza depozit, doză unică ale cărei efecte sînt prelungite, atunci cînd se dorește un timp mai lung de acțiune a drogului (NL depozit). Răspunsul organismului la administrarea unui drog într-o anume doză prezintă o variabilitate individuală, determinată de factori ce țin de drog (concentrația drogului legată de receptori, rata absorbției drogului, distribuția acestuia în diversele teritorii ale organismului, modul de eliminare și rata eliminării), precum și de factori dependenți de individ (vîrstă, sex, greutate corporală, prezența unor boli asociate, mai ales cele hepatice și renale, organe implicate în detoxifierea organismului).

Un alt factor de influență asupra variabilității individuale este legat de receptori (prezența

liganzilor endogeni, variaţiile numărului receptorilor, modificarea răspunsului tisular la stimularea lor). Pentru aprecierea corelaţiilor doză-răspuns, doză-efect biologie, se mai utilizează :

- doza medie efectivă (DE 50) — doză la care 50% dintre subiecţii testaţi prezintă, după administrare, efectul dorit ;
- doza medie toxică (DT 50), la care jumătate din subiecţii lotului experimental prezintă, după administrare, efecte toxice ;
- doza medie letală (DL 50), un ultim indicator, la care jumătate dintre animalele lotului experimental mor.

Raportul DL 50/DE 50 poartă numele de indice de securitate (indice terapeutic) şi are valori optime peste 10. Astfel, indexul terapeutic este mult mai mic la barbiturice, comparativ cu benzodiazepinele. În funcţie de afinitatea drogului pentru receptori şi de caracteristicile sistemului receptor-efector implicat, în funcţie de farmacocinetica drogului şi de activitatea sa intrinsecă, curbele doză-efect pot prezenta aspecte diferite :

- imaginea grafică este o dreaptă ce semnifică o relaţie lineară doză-efect şi caracterizează, de exemplu, acţiunea narcoticelor asupra sistemului nervos central ;
- imaginea grafică este o hiperbolă, ce sugerează o relaţie exponenţială doză-efect şi caracterizează drogurile care, prin fixare pe receptori specifici, determină formarea unor complexe reversibile (proces care este limitat de ocuparea tuturor situsurilor receptoare, pentru o anume doză limită).

Dozele care depăşesc valoarea limită nu pot determina un efect mai puternic (de exemplu, efectul analgezic al morfinei).

De asemenea, o curbă exponenţială caracterizează extinderea indezirabilă a răspunsului, la doze mari de sedative hipnotice (coma), prin acţiunea acestor substanţe concomitent asupra mai multor aparate şi organe. Uneori, se constată că răspunsul este nul sau foarte redus, la valori ale dozei ce merg pînă la o limită peste care creşteri foarte mici ale dozei determină răspunsuri foarte puternice ; aspectul grafic obţinut este o curbă în formă de S (curba Trevan).

În loturi experimentale din aceeaşi specie, rasă, sex, vîrstă, greutate, în condiţii identice de cercetare, se constată că un anume răspuns căutat apare la diverşi indivizi la doze diferite, aspect exprimat grafic prin curba lui Gauss. La doze identice de droguri, variabilitatea individuală se poate manifesta şi prin idiosincrazie hipersensibilizarea subiectului la un anume drog, prin deficite metabolice genetice sau prin mecanisme imunitare) ; hipo- sau hiperreactivitatea (intensitate variabilă a răspunsului la doze identice). O variantă a hiperreactivităţii, instalată lent pe parcursul tratamentului, este toleranţa, în timp ce diminuarea rapidă a acestei intensităţi a răspunsului se numeşte tahifilaxie.

În funcţie de doză, se pot obţine informaţii asupra selectivităţii unui drog, considerind efectele sale terapeutice şi toxice prin prisma sistemului receptor-efector. Astfel, există posibilitatea ca efectele terapeutice şi toxice să fie mediate de aceeaşi receptori şi efectori ; în acest caz, efectele toxice apar prin extinderea efectelor farmacologice terapeutice ale drogului (de exemplu, coma insulinică), ceea ce impune o manipulare judicioasă a dozelor. O altă posibilitate apare prin medierea efectelor terapeutice şi toxice de către aceiaşi receptori, dar prin intermediul unor efectori tisulari diferiţi (de exemplu, psihozele produse de tratamentul cortizonic, administrat în afecţiunile inflamatorii cronice). Printre drogurile ale căror efecte terapeutice şi toxice sînt mediate de receptori diferiţi pot fi enumerate substanţele agoniste şi antagoniste pentru şi receptorii adrenergici, antihistaminicele, precum şi substanţe a căror acţiune a fost pusă indirect în evidenţă în conjuncturi clinice variabile, care implicau acţiunea altor droguri (de exemplu, antidepresivele triciclice, IMAO, antipsihoticele, fenotiazinice).

567. **DOZE — joc de** ● Psihofarmacologia a făcut numeroase achiziţii în ultimii 30 de ani, de cînd neurolepticele, timolepticele şi tranchilizantele au schimbat radical soarta psihiatriei şi a bolnavilor săi. Doza şi modul în care clinicianul psihiatru o manipulează capătă o valoarea aparte în calitatea actului terapeutic, asemănătoare, intr-o oarecare măsură, cu cea a antibioticelor. Dar în plus faţă de cazul unei infecţii, boala psihică şi mai ales bolnavul psihic reprezintă un teren mai mult sau mai puţin accidentat, printre obstacolele căruia medicul trebuie să se descurce cît mai abil şi cu mijloacele terapeutice pe care le are la îndemînă, în folosul sănătăţii pacientului său. Astfel, terapeutul este practic continuu solicitat să participe la „un joc" al dozelor de medicamente pe care le prescrie bolnavilor săi, în care *„partenerii"* implicaţi sînt : tipul de sindrom psihopatologic (disociativ, paranoid, depresiv, maniacal, nevrotic etc.), efectul terapeutic scontat şi factorul cel mai caracte-

ristic și poate cel mai însemnat, prin imensa lui variabilitate — individul — cu toate însușirile sale bio-psiho-sociale, unice și irepetabile.

Tipul de sindrom psihopatologic pe care-l vizează clinicianul (căci psihiatria nu dispune încă de un tratament etiologic, ci numai de unul la nivel sindromologic) se poate delimita numai formal și didactic, indicațiile schematice fiind insuficiente și neadecvate realității clinice. Totuși, practica și cercetările la nivel histochimic și enzimatic impun cîteva observații. Astfel, neurolepticele incisive sînt destinate, în doze medii și mari, sindromului disociativ și/sau paranoid, catatonic din fazele acute ale schizofreniei, psihozelor paranoiace și parafrenice în episod acut, ca și sindromul maniacal și anumitor forme de sindrom obsesional; în doze mici, ele sînt utile formelor cenestopat-hipocondrice ale sindromului nevrotic. Neurolepticele sedative reușesc, în doze mari, să calmeze agitația, neliniștea, anxietatea intensă a bolnavului psihotic, iar în doze medii sau mici, anxiolizează sau devin hipnotice, în sindroamele nevrotice. Antidepresivele, în afara utilității lor necontestate în cadrul diverselor sindroame depresive, sînt folosite uneori, în doze mici, pentru efectul lor secundar anxiolitic, în sindroamele nevrotice anxioase. În ceea ce privește litiul, dozele eficiente terapeutice variază în funcție de obiectivul propus; astfel, episodul maniacal acut necesită litemii cuprinse între 1,0—1,2 mEq/1 sau chiar depășind aceste valori (cu eventuală monitorizare); profilaxia fenomenelor afective pare a fi stăpînită printr-o concentrație a litiului în sînge sub 0,8—0,5 mEq/1 (PREDESCU, ALEXANDRESCU, 1986). Betablocantele (propandiol, oxprenolol) constituie, în doze mici și medii, un adjuvant prețios în tratamentul anxietății; au existat și încercări de utilizare a unor megadoze, în tratamentul episodului maniacal și al schizofreniei, iar rezultatele sînt în curs de verificare. Un fenomen asemănător a fost observat și în prescrierea benzodiazepinelor în doze foarte mari în cazurile de schizofrenii rebele la alte forme de terapie, aceste doze fiind bine suportate și constituind un aspect de actualitate (dozele mici și medii de benzodiazepine și gradarea lor în cursul tratamentului se impun mai ales la persoanele în vîrstă și la bolnavii cu insuficiențe organice cronice, pentru prevenirea unor efecte secundare). Referitor la amfetamine (inclusiv anxiogene), menționăm sensibilitatea unor persoane față de aceste substanțe, care le pot produce adevărate „psihoze amfetaminice" (risc ce trebuie avut în vedere în administrarea tratamentului cu psihostimulente), în timp ce altele au o toleranță foarte bună.

În fine, în clinica psihiatrică se mai întîlnește un aspect în care variabilitatea individuală (alături de mecanisme încă nedescoperite) reprezintă o problemă terapeutică spinoasă: corectarea sindromului parkinsonian postneuroleptic și a diskineziilor tardive. De la sensibilitatea extremă a copiilor și a bătrînilor la efectele anticolinergice ale neurolepticelor, pînă la pacienții care primesc și tolerează doze mari de neuroleptic incisiv, asociat cu neuroleptic sedativ și fără antiparkinsoniene, și pînă la cazurile de diskinezii tardive, explicațiile care se pot da nu întrunesc deocamdată suficiente argumente. S-ar putea ca însăși asocierea neurolepticului cu antiparkinsonianul să stea la baza unor cazuri de diskinezie tardivă (prin interferență la nivel plasmatic).

Iată cum efectul terapeutic obținut prin administrarea unui medicament cu acțiune psihotropă, dorit atît de medic cît și de subiect, are o pondere dintre cele mai însemnate în cadrul actului terapeutic medicamentos, atingerea gradului său optim depinzînd de modul în care se îmbină pregătirea profesională a psihiatrului și calitățile sale psihoterapeutice. Actului terapeutic i se poate aduce un plus de acuratețe prin monitorizarea nivelurilor medicamentoase plasmatice, metodă care însă nu are mare aplicabilitate clinică, din cauza unei mari variabilități de la individ la individ. Extremele sînt reprezentate de sindroame nevrotice, care cedează uneori la doze homeopatice (diluții infinitezimale) de tranchilizante sau placebo, și de sindroamele disociative paranoide, care răspund numai la megadoze de neuroleptic (deși metoda nu și-a cîștigat notorietate). Doza toxică — reprezentînd valori relativ mici pentru hipnoticele barbiturice — are un nivel mult mai ridicat (comparativ) în cazul neurolepticelor, antidepresivelor, tranchilizantelor și psihostimulentelor.

Oricum, o regulă acceptată de majoritatea autorilor impune, din considerente ce țin mai ales de toleranța individuală a subiecților, creșterea treptată a dozelor în prima fază a tratamentului (cu neuroleptice, antidepresive și chiar tranchilizante), menținerea unui platou, urmată de o descreștere progresivă și stabilizarea la un nivel ce constituie doza de întreținere.

Factorii individuali sînt numeroși, putînd fi grupați pe criterii de vîrstă (bătrînii vor primi totdeauna doze mai mici de psihotrope), de afecțiuni organice acompaniatoare (psiho-

sindrom organic, insuficiențe hepatice, renale, cardiace) și de toleranță specifică ale cărei mecanisme intime nu pot fi puse numai pe seama geneticii, ci comportă aspecte care încă scapă cunoașterii științifice actuale). Aspectele psihologice (psihotip, relație medic-pacient, bolnav-familie) joacă uneori un rol neașteptat de important, alături de gradul de instrucție și cultură, de mediul socio-familial din care provine bolnavul. Rezultatul terapeutic pe care medicul psihiatru îl așteaptă, nu poate fi decît corespunzător eforturilor pe care le depune în cursul perioadei cît are în grija sa un bolnav, timp care, pentru această specialitate medicală, poate însemna un lung șir de ani, uneori toată viața.

568. **DÖLKEN**[D] delir ● Forme avortate, atipice, de delirium tremens, în care lipsește producția halucinator-delirantă. Descrise de DÖLKEN, în 1901, s-ar caracteriza în primul rînd prin dezorientare temporo-spațială, deci, ar echivala cu un sindrom confuzional. Evoluția este de scurtă durată și cu prognostic bun.

569. **DRAGONET Henri** (1823—1902) ● Psihiatru francez, deținătorul primei catedre de psihiatrie de la Strasbourg și autor al unui „tratat de boli mintale", care s-a bucurat de succes (trei ediții, între 1862—1894) și care a intrat în istoria psihiatriei ca prima lucrare de psihiatrie din lume care reproduce fotografii ale alienaților. Procedeul, a cărui utilitate este astăzi tot mai viu contestată, mai găsește „*ecouri tîrzii*" în paginile unor manuale.

570. **DRAMATIZARE** (cf. gr. *drama* „acțiune") ● Transpunerea scenică a unei creații literare narative, bogate în contraste și conflicte și puternic saturate de dramatism.

În psihologie, R. POLITZER a preconizat ca variantă de psihologie concretă, o psihologie „dramatică", axată pe studiul evenimentelor concrete din viața individului și pe conduita lui interpersonală.

În psihiatrie, J. MORENO (1921) a elaborat, pe baza dramatizării și a sociometriei, o tehnică psihoterapeutică de grup (psihodrama), aplicată atît la copii, cît și la adulți, constînd în transpunerea și rezolvarea conflictelor personale prin intermediul improvizației scenice (cu temă), a simbolismului teatral („roluri" și relații de rol) și a activității ludice. Dramatizarea acoperă primele două etape ale desfășurării psihodramatice.

Prin același termen, în psihiatrie (ca, de altfel, și în limbajul curent), este desemnată și exagerarea gravității unui eveniment sau a unei situații, în sensul de a li se atribui acestora dimensiuni tragice mai importante decît cele reale. Este o caracteristică a dizarmoniei personalității, a imaturității sau a dorinței de a ieși în evidență. În cazul personalității isterice asistăm la o dramatizare în adevăratul sens al cuvîntului, transpunerea „scenică" nemaifiind a unei opere literare, ci a propriei existențe.

571. **DRAZINE**[M] Anglia — DCI *Fenoxipropazină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (1-metil-2-fenoxietil)hidrazină, indicat în depresii inhibate ; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea), nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

572. **DREAMY STATE** (engl. „stare de vis/are/") ● Descrisă de H. JAKSON, în 1876, „Starea de vis" reprezintă nu numai un subiect de interes deosebit, situîndu-se la interferența psihiatriei cu neurologia, dar și de vii discuții. KENNEDY, CUSHING, WILSON, BARUK, PENFIELD, JASPERS, POPOVICIU, IVANOVICI au studiat în profunzime aceste fenomene, legate de uncusul hipocampic și, mai larg, de funcția de integrare mnezică a lobului temporal.

O stare mintală neobișnuită, de „irealitate", creează fondul pe care evoluează senzații de tipul „jamais" sau „déjà vu", „déja entendu" etc., care pot lua aspectul unor viziuni panoramice, cu caracter mnestic (subiectul poate retrăi, într-un interval extrem de scurt, întîmplări sau chiar întreaga viață). WILSON a subliniat existența mult mai frecventă a crizelor avortive, în care apare numai senzația de stranietate, decît a fenomenelor menționate.

Conștiința suferă o denivelare cantitativă și calitativă (stare crepusculară), dar memoria crizelor este păstrată, acestea putînd fi descrise de către subiect. Halucinațiile pot avea același caracter de la o criză la alta sau, mai rar, pot fi diferite (HECAEN). Senzația de retrăire și de familiaritate a unor evenimente cu care, de fapt, subiectul vine în contact pentru prima oară a fost numită de către PENFIELD „recolecționare". Complexitatea tulburărilor este legată, după toții autorii, de complexitatea funcțională a lobului temporal.

573. **DRENIAN**[M] Spania — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică,

anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

574. DRENUR(M) Portugalia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

575. DRESSENT(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice: ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Ménière. În doze mari, efectele secundare sînt cele comune NL incisive. Se poate administra, fără pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

576. DRIDOL(M) Suedia — DCI *Droperidol* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil)propil/-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică marcată și antiemetică superioară CLORPROMAZINEI. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă și hipotensiunea → BUTIROFENONE.

577. DRINALFA(M) SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

578. DROG (fr. *drogue*; cf. oland. *droog* „uscat") ● Farmacognozic, denumește substanța naturală sau sintetică ce constituie principiul activ din medicamente. Se impune precizarea: medicament=drog+ingrediente, pentru că termenul de drog este uneori folosit pentru a desemna medicamentul în general, confuzia pornind de la faptul că, în limba engleză, medicament se spune „drug" (dar și „medicine").

Substantivul *drog* și verbul derivat *a se droga* sînt folosite, în limbajul medical „*laic*", pentru a denumi psihotropele, mai ales tranchilizantele. Nu de puține ori, subiectul (care de cele mai multe ori este un bolnav nevrotic, personalitate dizarmonică pitiatică), pentru a-l convinge pe psihiatru de intensitatea suferinței sale, afirmă: „mă droghez cu medicamente pentru a rezista", afirmație în spatele căreia se ascunde, de fapt, realitatea unui consum mai mult sau mai puțin excesiv, dar întotdeauna lipsit de discernămînt, de tranchilizante. Subliniem această accepțiune folosită de suferinzi nevrotici (niciodată un ulceros nu afirmă că se droghează cu alcaline sau un cardiac cu cardiotonice), pentru că ea derivă dintr-o altă folosire a denumirii de drog și anume în accepțiunea sa de substanță psihodisleptică (și aici ar trebui făcută precizarea că stupefiantele — acele substanțe care determină o stare de inerție psihică și fizică — sînt tot substanțe psihodisleptice), al cărei consum cronic duce la toxicomanie. A se droga — înseamnă, în acest sens, consumul excesiv de psihodisleptice, pe care îl presupune toxicomania. Au existat tentative — eșuate însă — de a diferenția „drogurile tari" (heroina, cocaina), de „drogurile ușoare" (hașiș etc.), distincție care nu poate fi decît artificială; de multe ori există o politoxicomanie („drogurile ușoare" deschid calea „drogurilor tari"); pe de altă parte, consecințele psihice și fizice ale oricărei toxicomanii (chiar dacă este vorba de hașiș, heroină, morfină, alcool) sînt dezastruoase pentru sănătatea individului, toxicomanul (indiferent de drogul folosit) constituind o mare problemă socială și medicală, din păcate încă greu de rezolvat.

579. DROLEPTAN(M) Anglia, Franța, Japonia ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic → DROPERIDOL(DCI).

580. DROMINETAS(M) Spania — DCI *Sulpiride* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în boli psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

581. DROMOFOBIE(F) (cf. gr. *deromos* „alergare, cursă, spațiu de plimbare"; *phobos* „frică") ● Frică nejustificată, cu caracter patologic, de actul mersului, de a porni la drum, de a se deplasa; este net diferențiată de frica de ceea ce se poate întîmpla pe drum: traversare, aglomerație, piețe, vehicule, care definește fobii total separate. Stăruim asupra acestui element care nu are semnificația unui

amănunt în cazul de față. Deși se poate intîlni în toate afecțiunile acompaniate de obsesii și fobii, acest tip de fobie pare a fi mai des intîlnit în psihiatria vîrstei a treia.

582. **DROMOLEPSIE** (cf. gr. *dromos* ; *leptos* „mic, slab, moale") —formă de→ AURĂ EPILEPTICĂ.

583. **DROMOMANIE** (cf. gr. *dromos* ; mania „nebunie") — sin. PORIOMANIE —sin.→ VAGABONDAJ.

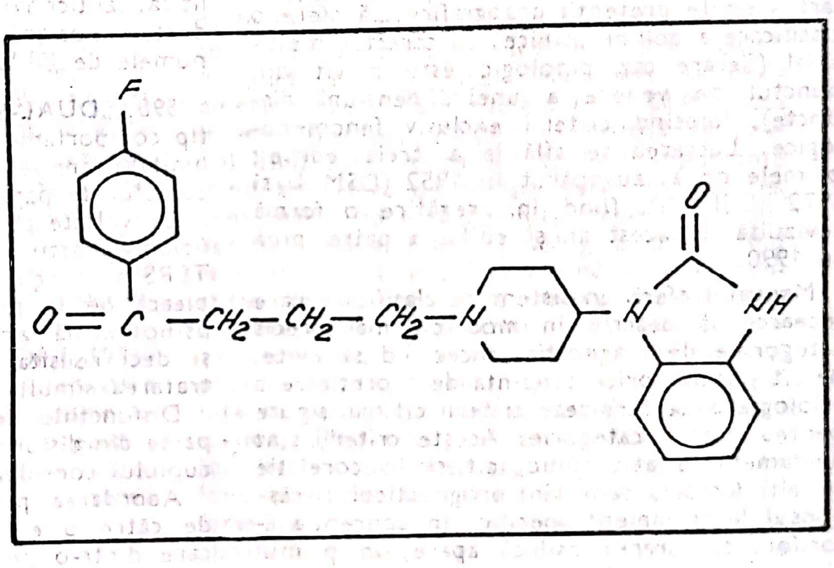
584. **DROP-ATTACK** (engl. *to drop* „a cădea") ● Manifestare a insuficienței circulatorii vertebrobazilare, caracterizată prin debut brusc, fără simptome prodromale, apărînd, de obicei, la modificarea poziției capului și fiind urmată de o cădere în genunchi a bolnavului, din cauza pierderii brutale a tonusului muscular, dar cu păstrarea stării de luciditate în tot timpul „atacului". Prima descriere aparține lui KREMER (1958), pentru ca, ulterior, SHEEHAN și colab. (1960), KUBALA și MILLIKAN, LOEB și MEYER, ASGIAN și POPOVICIU și alții să pună în evidență frecvența simptomului în tabloul clinic al insuficienței circulatorii vertebrobazilare : între 5—5% (LOEB și colab.) și 23% (SHEEHAN și colab.), incidența sa (maximă în decada a patra de vîrstă, cu predominență la sexul masculin), precum și mecanismele prin care se declanșează. Drop-attack-ul ar fi astfel rezultatul unei suprimări temporare a funcției facilitante a formației reticulate descendente, cu repercursiuni în lanț asupra circuitelor gama (sau a formațiunilor inhibitorii) și Renshaw.

Diagnosticul diferențial cu crizele sincopale se bazează atît pe lipsa tulburărilor de conștiință (în criza sincopală are loc pierderea conștiinței), cit și pe înregistrările EEG, probele radiologice și biochimice, care stabilesc diagnosticul de insuficiență circulatorie vertebrobazilară.

585. **DROPERIDOL**(DCI) ● Derivat butirofenonic de tip 1-/1-3-(p-fluorobenzoil)propil/1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, înrudit cu HALOPERIDOLUL. Este unul dintre cele mai puternice sedative cu valențe anxiolitice, cunoscute, cu acțiune rapidă (imediată în cazul administrării i.v.). Are efecte antiemetice superioare CLORPROMAZIMEI. Domeniul său de elecție este neuroleptanalgezia, permițînd menținerea colaborării echipei chirurgicale cu subiectul. Efectele secundare sînt marcate, fiind prezente și cele ale NL sedativ (hipotensiunea, în special) și cele ale NL incisiv (sindromul parkinsonian, prin toxicitatea sa). Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

Cel mai cunoscut este :

DEHIDROBENZPERIDOL(M) Austria, Danemarca, Elveția, Grecia, Iugoslavia, RFG, Turcia ;



Alți produși sînt :

DRIDOL(M)	Norvegia, Suedia
DROLEPTAN(M)	Anglia, Japonia
DROPERIDOL(M)	Ungaria, URSS
HALKAN(M)	Franța
INAPSIN(M)	Anglia
INAPSINE(M)	SUA
NEUROLIDOL(M)	Israel
SINTODIAN(M)	Italia

→ BUTIROFENONE — NEUROLEPTICE SEDATIVE.

586. **DROXACEPAM**(M) Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore) ; acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică,

moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de OXAZEPAM(M).

587. DROXOL(M) Argentina — DCI *Clordiazepoxid* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de NAPOTON(M).

588. D.S.M. III (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS) • Manual de diagnostic și statistică a bolilor psihice, redactat de Asociația Americană de Psihiatrie, în care autorii încearcă, fără a emite pretenții nosografice, să ofere o clasificare a bolilor psihice, cu caracter multiaxial (fiecare caz patologic este privit din punctul de vedere a unei dimensiuni distincte), folosind criterii exclusiv fenomenologice. Lucrarea se află la a treia ediție; primele două, au apărut în 1952 (DSM I) și 1972 (DSM II), fiind în pregătire o formă revizuită în acest an și ediția a patra pînă în 1990.

Manualul oferă un sistem de clasificare care încearcă să descrie în mod cît mai precis categoriile de diagnostic, încercînd să evite, pe cît posibil, orice tendință de teoretizare a etiologiei și să furnizeze criterii cît mai sigure pentru fiecare categorie. Aceste criterii sînt fundamentate atît clinic, cît și în corelație cu alți factori, cum sînt prognosticul și răspunsul la tratament specific. În concepția autorilor, tulburarea psihică apare, în primul rînd, ca un model (pattern) sindromologic comportamental sau psihologic semnificativ. La originea sa se află fie un sentiment neplăcut, fie inhibiția „ariei funcționale", conflictul dintre individ și societate fiind categoric exclus.

Se folosește, într-o oarecare măsură, ICD-9-CM (clasificarea internațională a bolilor, ediția a noua, elaborată de OMS, în 1978), dar DSM III se deosebește de acesta prin caracterul codificabil multiaxial, marcînd efortul spre specificitate și obiectivitate în stabilirea simptomatologiei bolilor psihice. Sînt luate în considerație cinci axe: primele două includ toate tulburările psihice (axa II — tulburările personalității și ale dezvoltării ei specifice în cazul copilului și adolescentului, axa I restul psihopatologiei), axa III include „tulburările fizice", în sensul tradițional al organicității cerebrale sau al oricărei tulburări somatice asociate, axa IV cuprinde „severitatea stresorilor psihosociali", axa V, „cel mai înalt nivel al funcționării adaptative în ultimul an".

Școala franceză de psihiatrie, alături de alte școli europene, reproșează autorilor americani dispersia produsă în cadrul tulburărilor afective, dezmembrarea patologiei nevrotice, alăturare unor tulburări sexuale nevrotice, ca impotența, frigiditatea și dispareunia, grupei de perversiuni sexuale etc., dar, în ciuda acestor obiecții, manualul este din ce în ce mai frecvent utilizat.

589. D-TRAN(M) Canda — DCI *Diazepam* • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de DIAZEPAM(M).

590. „DUAL-SEX THERAPY" • Terapie de tip comportamental desfășurată pe o perioadă limitată care se adresează unității maritale sau cuplului de parteneri.

Dezvoltate pe baza lucrărilor privind psihofiziologia activității sexuale ale lui W. MASTERS și Virginia JOHNSON această terapie pleacă de la principiul că într-o disfnucție psihosexuală ambii parteneri sînt implicați și deci reușita tratamentului este legată de tratarea simultană a acestora.

Disfuncțiile sexuale sînt frecvent doar o parte din disfuncțiile care acționează la nivelul cuplului considerat ca întreg.

Abordarea problematicii cuplului se face de către o echipă mixtă terapeut-terapeută care dintr-o perspectivă educațională discută și clarifică cu ambii parteneri ai cuplului problemele existente, sugerindu-li-se modul în care este necesară o schimbare a activității sexuale.

Îmbunătățirea comunicării între cei doi parteneri este unul din obiectivele implicate ale acestei terapii, în acest sens urmărindu-se o gradată intensificare a schimbului informațional (atît verbal cît și nonverbal). Terapia este indicată într-o serie de afecțiuni ca vaginismul, frigiditatea secundară, impotența de diferite tipuri, ejacularea precoce, anorgasmia.

591. DUALID(M) Brazilia — DCI *Amfepramone* • Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare, inferioare amfetaminelor și anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociată cu IMAO; în timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea

unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale NL.

592. **DUALISM** (fr. *dualisme ;* cf. lat. *dualis* „de doi") ● Concepţie filozofică în opoziţie cu monismul, care explică existenţa prin două principii ireductibile: materia şi spiritul, corpul şi sufletul, binele şi răul etc. Cel mai adesea, dualismul reprezintă o tentativă de conciliere eclectică între materialism şi idealism, fiind criticat de ambele orientări pentru concesiile făcute orientării opuse.

● În psihologie dualismul a fost susţinut de teoria paralelismului psihofizic CONDILLAC, BONNET, FECHNER. WUNDT ş.a.) conform căreia între fizic şi psihic nu există raporturi de interdependenţă, ele avînd o natură şi funcţii diferite. Tributară unei „dispute abstracte", ce nu poate fi depăşită decît din perspectiva dinamică a unei ierarhii a fiinţei umane, „vii, animate şi personale", în cadrul căreia „corpul psihic" nu poate fi separat şi nici confundat cu cel fizic (H. EY), această teorie a fost în mod obiectiv contrazisă de stabilirea existenţei unui program genetic organizînd „logica viului" (F. JACOB). Organismul este o unitate funcţional-dinamică (susţinută astăzi de teoria sistemelor), „corpul psihic" fiind el însuşi „organizat şi integrat în calitate de Subiect al propriului său program personal" (H. EY).

„Dualismul empiric" (K. SCHNEIDER, 1955) postulează pentru boala psihică alternativa unei etiologii „somatogene" sau „psihopatogene" (în sens de endogen); ea reprezintă, aşa cum specifică autorul, o ipoteză de lucru, ce va fi treptat desfiinţată, odată cu precizarea etiologiei fiecărei afecţiuni psihice.

593. **DUALITATE** (cf. fr. *dualité ;* vezi şi lat. *dualis*) ● În unele etiologii şi cosmologii de inspiraţie religioasă (între acestea, cea mai tipică fiind maniheismul), semnifică natura scindată, antagonică, a universului, în care se înfruntă două principii (divinităţi) opuse — de exemplu, binele şi răul, Ormuza şi Arhiman, la vechii perşi etc.

● În concepţiile contemporane despre structura materiei, termenul este utilizat pentru a desemna natura complementeară a fenomenelor pe care teoria şi experimentul le înfăţişează şi le explică în ipostaze diferite, dar inseparabile (undă-corpuscul, continuu-discontinuu, substanţă-cîmp etc.).

● În logică, dualitatea semnifică un raport de simetrie, prin inversare între două funcţii logice, fiecare dintre ele putînd fi obşinute prin negarea celeilalte, înlocuind în definiţia oricăreia dintre ele cuvîntul „adevărat" cu „fals" şi invers. De exemplu, din definiţia disjuncţiei neexclusive: „funcţie logică adevărată atunci cînd cel puţin unul din argumentele sale este adevărat, şi falsă, atunci cînd toate argumentele ei sînt false", se poate obţine definiţia conjuncţiei, dualul său: „funcţie logică falsă, atunci cînd cel puţin unul din argumentele ei este fals, şi adevărată atunci cînd toate argumentele ei sînt adevărate".

● În psihopatologie, dualitatea caracterizează orice proces disociativ (schizofrenia disociativă, isteria disociativă), ca şi maniheismul delirant, din delirurile sistematizate cronice, funcţionînd după mecanisme defensive (clivaj, idealizare primitivă), din cadrul personalităţii border-line.

594. **DUBITAŢIE** (cf. lat. *dubitatio* „îndoială, nesiguranţă") ● Exprimare ideativă, verbală, comportamentală a unei îndoieli, incertitudini, nesiguranţe în gîndire, referitoare la posibilităţi faţă de care subiectul nu poate opta în mod tranşant. Atitudine normală, în special cînd este vorba de opţiuni importante (cînd are efect de temporizare, în vederea unei analize care să permită alegerea soluţiei optime), poate deveni patologică atunci cînd este dominantă în psihism pînă la a se constitui în adevărate fenomene obsesionale, însoţite de conduite continue şi ambivalente de verificare. Se ajunge la epuizare psihică, prin nesfîrşite ruminaţii şi tergiversări, menite să controleze corectitudinea, exactitatea ideilor, gîndurilor, sentimentelor, punerea lor în acţiune practică, desfăşurate pe un fond de nesiguranţă, neîncredere în propriile forţe, anxietate. Se ajunge la o adevărată „boală a îndoielii" sau a scrupulelor. Apare în nevroza obsesională, la personalităţi dizarmonice obsesive, psihoze endogene (în faza de construcţie a edificiului delirant, ca şi în faza de remisiune, ca îndoială în legătură cu veridicitatea conţinutului delirant; în ultima dintre aceste posibilităţi clinice, constituie un semn prognostic favorabil), sindroame obsesionale de etiologie somatică.

595. **DUBIU** (cf. lat. *dubium* „îndoială") ● Stare afectivă, atitudine volitivă şi ideativă, care constă în îndoiala asupra realităţii unui fapt, a adevărului unui enunţ, a conduitei de urmat într-o situaţie particulară; ezitare, incertitudine, şovăire, nehotărîre. În psihopatologie, apare ca una dintre trăsăturile caracteristice obsesiei (obsesii ideative, îndoieli obsesive) şi în general, în toate categoriile nosologice în care apare fenomenul

obsesiv (nevroza obsesională sau „nebunia lucidă" sau „boala îndoielii", personalitatea dizarmonică obsesivă, sindroamele obsesive din psihoze).

596. **DUBLĂ DEPRESIE** (cf. lat. *depressio* „coborîre" ; duplum „dublu") ● Termen introdus de KELLER și LAVORI, în 1983, pentru a desemna un episod de depresie majoră, cu evoluție continuă, precedat, cu cel puțin doi ani, de tulburări distimice, fără ameliorări sau perioade de dispariție eutimică de cel puțin opt săptămîni. Acest tip de depresie nu poate fi considerată ca o entitate distinctă, a cărei determinare genetică să poată fi demonstrată, ci poate fi înțeleasă mai mult ca o secvență evolutivă a unei depresii cronice. Diagnosticul implică posibilitatea de predicție a reapariției distimiei, după episodul depresiv major, ca și a unei evoluții cu frecvente recurențe depresive majore.

Markerii biologici au o valoare mult mai redusă în stabilirea direcțiilor evolutive, în raport cu depresiile majore simple. MILLER, NORMAN și DOW (1986), într-un studiu asupra caracteristicilor psihosociale ale dublei depresii, ajung la concluzia că pacienții din această categorie au episoade depresive mai numeroase și mai prelungite, față de pacienții depresivi nondistimici, fără să existe totuși o diferență semnificativă între subiecții cu dublă depresie și cei cu depresie majoră simplă.

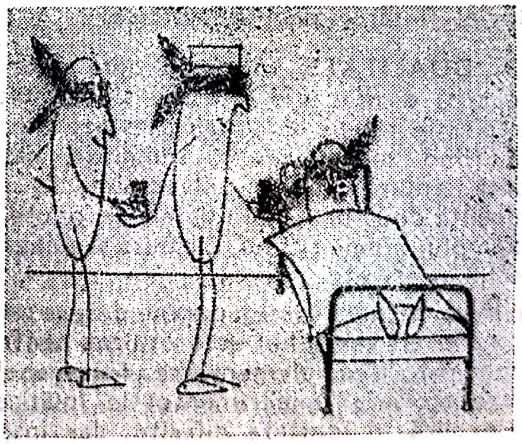
597. **DUBLĂ LEGĂTURĂ** (cf. engl. *double bind*) ● Expresie introdusă de G. BATESON pentru a desemna un sistem patologic de comunicare intrafamilială, constînd în distorsionarea funcțiilor comunicării, ca factor de echilibru sau de tensiune în familie. În orice situație interpersonală, deci și în relațiile părinte-copil, comunicarea se realizează prin limbaj și prin mijloace nonverbale : gestică, mimică, postură, paralimbaj (creșterea și scăderea vocii, a tonului, variațiile tempoului vorbirii, implicațiile afective reflectate prin glas, ezitările, întreruperile etc.). Comunicarea verbală, la rîndul ei, dispune de un nivel semantic (funcția indicativă a comunicării) și de un context (aspectul paralingvistic). Între aceste niveluri și forme ale comunicării interpersonale există, de regulă, o concordanță. În familiile cu echilibru precar sau patogenice, dimpotrivă, apare o discordanță în comunicare, atît între nivelul verbal și cel nonverbal, cît și între laturile semantice și paralingvistice ale limbajului, circumscriind sfera dublei legături. DANZINGER (1976), EKMAN (1964), EKMAN și FIRESEN (1968), DRIMMER (1973), HALL (1954), MEHRABIAN (1968) ș.a. au studiat varietatea contradicțiilor și a confuziilor de comunicare în familiile normale și patogenice. Astfel de contradicții au fost descrise între conținutul mesajului verbal favorabil și expresivitatea mimică-pantomimică rejectivă sau agresivă (și invers), dintre calitatea vocii și intonației și conduita emițătorului. Există posibilitatea ca afirmația să semnifice negație și, invers sau ambiguități și confuzii.

Dubla legătură se caracterizează prin :

- dubla legătură poate apărea într-o situație în care două sau mai multe persoane se angajează într-o relație, una dintre aceste persoane fiind „victima" (cea care suportă dubla legătură) ;
- mesajul transmis comportă, simultan, următoarele trăsături :
  — emițătorul afirmă ceva
  — emițătorul afirmă ceva despre propria sa afirmație
  — cele două afirmații se exclud.

LAING consideră că dubla legătură este o experiență traumatizantă nu în sine, ci prin repetarea ei. Astfel, repetarea secvențelor de comunicare tipice dublei legături determină o situație insuportabilă („intenable") pentru cel care o recepționează. Dubla legătură favorizează și întreține mistificarea relațiilor într-o familie, ceea ce creează o tensiune puternică, ce poate persista timp îndelungat în stare latentă.

598. **DUBLU ORB** (cf. engl. *double blind*) ● Metodă de studiu și evaluare a efectelor unei substanțe despre care se presupune că ar avea



eficacitate terapeutică ; în final, metoda permite validarea sau negarea unei relații cauză-efect.

Se pornește de la ipoteza că, în orice tratament, există cu necesitate patru roluri distincte : prescriptorul, administratorul trata-

mentului, primitorul și evaluatorul rezultatului. Este evident că o persoană poate juca simultan mai multe roluri : astfel medicul poate fi prescriptor, administrator, evaluator și chiar primitor, după cum și bolnavul poate fi primitor și evaluator. GUELFI, DREYFUS și PULL afirmă că pot fi diferențiate patru tipuri de experimente :

- experimentul deschis, în care deținătorii celor patru roluri sînt la curent cu ceea ce se administrează ;
- experimentul simplu-orb, în care bolnavul (care poate fi primitor, administrator și chiar evaluator) nu știe ce i se administrează ;
- experimentul cu evaluare în orb, în care se face apel la un terț evaluator, pentru a judeca rezultatele obținute, oricare ar fi „gradul de orb" al celorlalte roluri ;
- experimentul în dublu orb, care grupează toate cazurile în care medicul și bolnavul nu știu care este tratamentul administrat, cu condiția ca unul din cei doi să fie evaluator, chiar în cazul cînd administratorul este un terț, care nu este „orb".

Tabel nr. L

Tipuri de experimente terapeutice

	Prescriptorul	*Administratorul*	*Primitorul*	*Evaluatorul*
Deschis	0	0	0	0
Simplu orb	0	θ	θ	0 dacă M θ dacă B
Evaluare în orb	θ sau 0	θ sau 0	θ sau 0	θ x
Dublu orb	θ	0 x sau θ	θ	θ

0 = se cunoaște produsul administrat
θ = nu se cunoaște produsul administrat
x = terță persoană
M = medic
B = bolnav

Utilizarea experimentului în orb are scopul de a minimaliza subiectivismul participanților la experiment, auto- și eterosugestia medicului și a bolnavului înlăturînd modificările pe care acestea le pot avea asupra rezultatelor propriu-zise. Experimentele de tip dublu orb nu necesită grup de control, deoarece modalitatea de desfășurare a administrării exclude posibilitatea instalării de efecte nespecifice care ar trebui evidențiate față de un grup (placebo primitor). Trebuie subliniat faptul că experimentul dublu orb este singurul capabil să minimalizeze efectul placebo, prin randomizarea sa și să sublinieze efectele specifice (și numai pe acestea).

După JORES, în cercetarea psihofarmacologică eublul orb este condiție sine qua non. Cu toate că experimentul dublu orb este, în fapt, singurul capabil să ofere date de valoare reală, în ceea ce privește eficacitatea universală a unei terapii, există și reacții extrem de violente, chiar disproporționate, venite din partea unor personalități marcante, împotriva acestui tip de experiment. Astfel, ACHAINTRE susține că „în psihiatrie nu poți să fii orb și încă dublu orb", iar alți psihiatri — că există un risc deosebit în întîrzierea intervenției, în cazul apariției eventualelor efecte nedorite. Considerăm că experimentarea în orb nu înseamnă o experimentare orbească desfășurată după „criteriul" rezultatelor personale, iar combaterea efectelor nedorite se face adesea inutil, în virtutea probabilității apariției unor astfel de modificări, atît în experimentele „deschise", cît și în practica obișnuită.

Metoda „double blind" oferă una dintre cele mai valoroase tehnici de cercetare, a cărei utilitate, mai ales în psihofarmacologie, nu poate fi contestată. Desigur, în cazul psihoterapiilor ea nu poate fi aplicată decît foarte limitat, ceea ce constituie și un impediment major în validarea rezultatelor acestui tip de terapii.

599. **DUBOIS Frederic** (1799—1873) ● Psihiatru francez, autor al lucrării „Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hys-

Scanned with OKEN Scanner

terie". Inamic declarat al magnetismului şi al metodelor parapsihologice a oferit, împreună cu BURDIN, prin Academia de Medicină a Franţei, un premiu de 3 000 franci (la valoarea din anul 1841) pentru cel ce va citi un text „fără ajutorul ochilor şi al luminii"; premiul nu a putut fi încă atribuit nimănui, deşi poate că BRAILLE l-ar fi meritat în mod simbolic.

600. **DUBOIS Paul** (1848—1918) ● Psihiatru şi psihoterapeut elveţian, devenit celebru prin iniţierea metodelor de psihoterapie raţională. Lucrarea sa cea mai cunoscută este „Les psychonévroses et leur traitement moral" (1904).

601. **DUBOVITZ(S) sindrom** ● Asociere de handicapuri multiple: craniofaciale (facies mic, microcefalie, epicantus, ptoza palpebrală, hipertrofia bazei piramidei bazale, păr rar), dermatologice (eczemă infantilă), psihiatrice (oligofrenie des întîlnită), voce piţigăiată şi subţire. Se admite existenţa unei componente genetice.

602. **DUCENE(M)** Austria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM.

603. **DUCHENNE(B) boală** ● Boală distrofică, progresivă, ereditară, a musculaturii; interesantă pentru psihiatru prin aspectele psihosociale complexe pe care le implică. O primă problemă o reprezintă întîrzierea intelectuală a copiilor cu această boală în care această asociaţie este destul de frecventă. CHARASH şi colab. afirmă că profilul personalităţii acestor subiecţi este de tip isteric sau apatic cu tendinţa la asociaţii superficiale şi instabilitate. La copilul mare se notează tulburări psihotice de tip depresiv sau paranoid. În perioada distrofiei miotonice (20—30 ani) întîrzierea mintală devine evidentă în cele mai multe cazuri, iar personalitatea se cristalizează în jurul unui nucleu schizoid apatic sau isteric.

Tulburările cele mai frecvente sînt anxietate agitată, depresie şi agresivitate latentă. J. GOODGOLD (1985) afirmă rolul deosebit al colaborării dintre familie şi terapeut şi recuperarea prin plasarea în condiţii adecvate a acestor pacienţi.

604. **DUKSEN(M)** Ungaria ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM(M) România.

605 **DUMAS George** (1866—1946) ● Psiholog francez, doctor în medicină (cu teza „Stările intelectuale în melancolie", 1899) şi profesor la Sorbona, este, în acelaşi timp, autorul unor remarcabile studii, prin care a contribuit în mare măsură la edificarea psihologiei ştiinţifice şi la dezvoltarea psihofiziologiei. Din păcate, lucrarea sa de sinteză „Noul tratat de psihologie", începută în 1930 (completarea „Tratatului de psihologie", apărut în 1923), nu a putut să vadă lumina tiparului, nefiind terminată pînă în 1946, data morţii autorului.

606. **DUMNEZEU** (lat. *domine deus*) ● Noţiune fundamentală a religiilor monoteiste, în cadrul cărora se afirmă existenţa unei fiinţe perfecte, transcendente, cauză primordială a universului, ce instituie ordinea cosmică, rezervînd omului un destin privilegiat, condiţionat însă de adorarea divinităţii şi de respectul acordat „*poruncilor*" revelate de către fiinţa supremă unor „*aleşi*" sau profeţi. Primele reprezentări ale fiinţei supreme au avut un caracter antropomorfic, chiar şi astăzi manifest la nivelul conştiinţei religioase comune, a oamenilor simpli şi neinstruiţi. Expusă de patristică (scrierile „părinţilor bisericii" elaborate în secolele al II—VIII-lea), doctrina creştină clasică despre Dumnezeu s-a constituit sub influenţa filozofiei eleniste şi a religiei iudaice. Teologia medievală şi-a propus să descifreze tainele divinităţii cu argumente raţionale, desfăşurate pe două mari direcţii problematice: existenţa şi natura lui Dumnezeu.

● Existenţa lui Dumnezeu a fost susţinută cu următoarele argumente filozofico-teologice:

- argumentul ontologic, expus de Sf. AUGUSTIN şi dezvoltat de ANSELM de Canterbury, afirmă că oamenii concep ideea unei fiinţe perfecte şi cum perfecţiunea presupune cu necesitate atributul fiinţei, din ideea divinităţii se deduce existenţa ei reală; argumentul nu are nici un temei, răsturnînd raportul real dintre gîndire şi fiinţă;
- argumentul cosmologic (inspirat de filozofia lui PLATON şi ARISTOTEL) extrapolează la dimensiunea universului infinit modelul cauzalităţii finite, apreciind că orice existent are o cauză, inclusiv cosmosul, în totalitate; argumentul este absurd, întrucît presupusa cauză

inițială trebuie, la rîndul ei, să aibă o cauză ş.a.m.d , la infinit ;

- argumentul teleologic (de aceeaşi inspirație) susține că ordinea din univers implică existența în natură a unui scop final, iar acesta nu poate fi conceput şi realizat decît de o voință supranaturală, atotputernică ; argumentul a fost respins odată cu întregul eşafodaj de false presupoziții ale finalismului ;
- argumentul moral, propus de MELANCHTON şi CALVIN, presupune, fără temei, prezența unei armonii morale a universului, ce nu poate fi decît de origine divină ;
- argumentul istoric, invocat de CICERO, afirmă în mod gratuit acordul tuturor oamenilor, din cele mai străvechi timpuri, cu privire la existența lui Dumnezeu ; pe lîngă faptul că acest presupus acord este o ficțiune, chiar dacă el ar exista, argumentul nu este probant, deoarece consensul general se poate constata şi asupra unor erori (de exemplu, concepția geocentrică).

Aceste argumente au fost respinse de iluminismul francez iar KANT, în „Critica rațiunii pure" a demonstrat imposibilitatea oricărei argumentări teoretice a existenței lui Dumnezeu.

● În ceea ce priveşte natura lui Dumnezeu, gîndirea medievală s-a situat pe poziții teiste, reprezentîndu-şi divinitatea ca primă persoană transcendentă, cu atribute superlative, infinite. Tocmai infinitatea acestor atribute le face să fie contradictorii (dacă Dumnezeu este atotmilostiv şi atotdrept, atotputernic şi atotbinevoitor, atunci cum se explică existența răului în lume şi imperfecțiunea creației divine ?). Reprezentanții teismului concep un Dumnezeu impersonal ca absolut, de natură ideală, cauză primordială a universului, gîndit mecanicist, ca un impecabil mecanism de ceasornic.

Nelăsîndu-se descurajate de sterilitatea raționamentelor teologice, majoritatea religiilor monoteiste consideră că problema existenței şi a naturii lui Dumnezeu primesc un răspuns satisfăcător în revelația personală, care răsplăteşte, pe căi iraționale, ardoarea şi încăpățînarea credinței.

În epoca modernă, aspectul antologic şi cel gnoseologic al existenței lui Dumnezeu trec pe un plan secundar, precumpănind considerațiile de natură etică asupra divinității, identificată cu binele. Concepția marxist-leninistă explică religia ca proces istoric de înstrăinare a conştiinței umane, considerînd că ideea de Dumnezeu s-a impus, odată cu apariția religiilor monoteiste, ca reflex spiritual al unificărilor tribale din perioada formării şi dezvoltării sclavagiste, cînd „monarhului" unic şi absolut de pe pămînt trebuie să-i corespundă autoritatea tribală a „monarhului din cer".

În psihopatologie, personajul Dumnezeu apare deseori în delirurile cronice cu caracter de grandoare (paranoia, unele parafrenii) sau în accesul manical, în care identificarea cu forța supremă reprezintă o culme a euforiei. Trebuie însă recunoscută o scădere a frecvenței cu care ființa supremă apare în deliruri în ultima jumătate de secol, locul său fiind preluat de ființe mai pămîntene, care însă posedă atribute „dumnezeieşti".

607. **DUMOLID**(M) Danemarca, Elveția, Suedia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM(M).

608. **DUMONT Pallier-Victor** (1826—1899) ● Psihiatru francez. Înființează, în 1899, Şcoala de psihologie din Paris, iar în 1891 — Societatea de psihoterapie.

609. **DUMPING**(S) **sindrom** (engl. to *dump* „a arunca, a scădea") ● Sindrom funcțional care apare la bolnavii gastrectomizați şi care poate să se traducă printr-o serie de manifestări psihice deosebite. Senzația de moarte iminentă, însoțită de crize de anxietate, ameţeli, tulburări de mers (cu frică de deplasare), tulburări de vedere şi scăderea nivelului vigilității sînt doar cîteva dintre aceste manifestări. Cauza dumping-sindromului ar fi pătrunderea de alimente incomplet digerate în intestinul gros, hipoglicemia şi accelerarea tranzitului. Antecedentele chirugicale digestive îl pot pune în discuție atunci cînd subiectul prezintă fenomene psihopatologice. Bolnavii cu gastrectomii sînt mai predispuşi la episoade confuzionale.

610. **DUNA**(M) Spania — DCI *Pinazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propionil)-2H-1,4-benzodiazepină-2-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativ-hipnotică.

611. **DU-ORIA**(MC) SUA ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se complementează. Este compus din :

- METHAMPHETAMINE(M) — nooanaleptic, derivat fenilatilaminic ;

• RESERPINE(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia.

Această asociere se realizează în scopul combaterii efectelor secundare ale NL sedative. Acţiune sedativ-anxiolitică.

612. **DUPLICITATE** (cf. lat. *duplicitas* „duplicitate, echivoc") • Caracter al unei persoane care adoptă două atitudini, joacă premeditat două roluri, afişează sentimente şi gînduri diferite de cele pe care le are cu adevărat ; alsitate, ipocrizie, făţărnicie, prefăcătorie. Deşi sensul negativ al cuvîntului pare generic, există fşi o duplicitate „benignă", chiar necesară, cu semnificaţie socială pozitivă, care aparţine convenţiilor sociale şi este achiziţionată prin educaţie. Fiind de la sine înţeleasă, acţionînd după norme sociale prestabilite, cunoscute şi acceptate de toţi, îşi pierde, în bună măsură, caracterul de dedublare, rămînînd doar o modalitate de limitare şi codificare a comportamentelor, limbajului, atitudinilor de la un tminimum sau maximum universal admis, care funcţionează după regulile bunului simţ, ale bunelor maniere, ale civilizaţiei.

Dintr-un punct de vedere ideal, PASCAL sancţionează această duplicitate (şi probabil nu numai pe aceasta) cu următoarea meditaţie : „duplicitatea omului este atît de vizibilă de parcă am avea două suflete".

Duplicitatea „malignă" aparţine totdeauna unei personalităţi accentuate sau dizarmonice : istericul („poza isterică" mai ales la megalomani ; JANESCH afirmă că „istericul are o mie de simţăminte, dar nici un sentiment") ; instabilul, „cel nesigur de sine" (senzitiv şi sanancast), descris de K. SCHNEIDER („timidul" lui PETRILOVICH), care adoptă atitudini de bravadă în scop compensator exterior („fard social") ; paranoiacul (îndeosebi „fanaticul pasiv" — K. SCHNEIDER) ; astenicul, „abulicul" sau „degeneratul superior", al autorilor francezi („nestatornicul" — KRAEPELIN).

Duplicitatea caracterizează orice formă de stimulare şi de disimulare, precum şi „dubla contabilitate" (formă specială a disimulării), întîlnită în delirul sistematizat din parafrenie şi paranoia.

613. **DUPRÉ** Ernest (1862—1921) • Face o strălucită studenţie urmată de un internat care îl scoate în evidenţă ca pe un element deosebit de pregătit. Solida sa cultură umanistă se găseşte la interferenţa cu psihiatria, domeniu care va deveni pentru el o opţiune fundamentală. Începînd cu anul 1905, îl înlocuieşte pe un alt distins alienist, P. GARNIER, la Infirmeria Specială a Prefecturii ; din 1916 îi va succeda lui G. BALLET, atît la spitalul Saint Anne, cît şi la catedra de boli mintale,

Ernest Dupré

pe care o va conduce pînă la moarte. Lucrările lui DUPRÉ, de o deosebită fineţe şi profunzime în analiză, s-au centrat asupra patologiei imaginaţiei şi emotivităţii, titlu sub care elevul său, LOGRE, i-a publicat opera, în 1925.

Creator, deosebit de inspirat, de termeni, propune şi descrie nu numai mitomania, puerilismul, ci şi cenestopatiile, care şi-au dobîndit o unanimă recunoaştere. Fără a excela în domeniul doctrinar (adept al constituţionalismului), DUPRÉ rămîne în istoria psihiatriei şi pentru studiile consacrate delirurilor de imaginaţie.

614. **DUPRÉ-MERKLEN**(S) **sindrom** — sin. SCHLEMIHL(S) sindrom • În lucrarea lui CHAMISSO „Peter Schlemihl", eroul cu acelaşi nume apare drept prototipul omului neîndemînatic, inspirîndu-i pe cei doi psihiatri în descrierea unei afecţiuni congenitale, adesea cu caracter ereditar, ce interesează motilitatea ; ea se caracterizează prin inabilitate în desfăşurarea actelor motorii voluntare, care nu sînt adecvate scopului propus, dînd subiectului aspect de distrat, neatent, în contrast cu seriozitatea şi preocuparea cu care acesta îşi desfăşoară acţiunile.

615. **DURATĂ** (cf. it. *durata* ; fr. *durée* • Desfăşurare în timp a sistemelor şi proceselor,

Scanned with OKEN Scanner

perioadă de identitate calitativă a acestora, avînd ca limită momentul de trecere într-o nouă formă de existență. În concepția lui BERGSON, durata se opune categoriei de timp : durata este experiența vie a termopolarității sau timpul trăit, intuiția subiectivă a devenirii, pe cînd timpul măsurat sau matematic, obiectiv, este abstract.

616. DURATĂ MEDIE DE SPITALIZARE ● Unul dintre principalii indicatori de eficiență pentru tipul de unități sanitare cu paturi ; se obține prin raportarea numărului de zile spitalizare la numărul de bolnavi internați, cu condiția ca paturile aflate în funcțiune să fie corect evaluate și excluzînd posibilitatea spitalizării a mai mult de un bolnav într-un pat.

Nu se poate stabili o valoare optimă pentru acest indicator atunci cînd se referă la un teritoriu ce cuprinde mai multe spitale sau chiar la un spital ce are mai multe secții. Singura posibilitate de stabilire a unei valori optime a indicatorului și, în același timp, de comparare o reprezintă calcularea indicatorului pe profilul secției (evident utilizînd numărul zilelor de spitalizare într-o anumită secție raportat la bolnavii secției), deși și acestui indicator îi sînt aduse critici, considerîndu-se mai fidel indicatorul duratei medii de spitalizare pentru o boală (specifică), calculat după o formulă asemănătoare, în care referirea se face, atît la numărător cît și la numitor, la aceeași boală.

Dacă problema ocupării paturilor privește, în primul rînd, activitatea administrativă a spitalului, legată strîns de aprecierea eficienței economice a activității, durata spitalizării bolnavilor are un conținut preponderent medical, cu un răsunet imediat asupra gradului de utilizare a paturilor și a rulajului bolnavilor pe un pat. Numărul total al zilelor de spitalizare este determinat de durata reală internării fiecărui bolnav. De aceea, durata medie de spitalizare este un indicator important pentru aprecierea eficienței activității medicale.

Durata medie de internare este dependentă de numeroși factori, unii ce nu depind de administrația spitalului și alții ce depind de administrația spitalului.

● Factori care influențează durata medie de spitalizare și care nu țin de administrația spitalului :

- în general, specificul local al patologiei și structura morbidității pe afecțiuni și pe forme de boală, de gravitate diferită, influențează structura bolnavilor spitalizați și, ca urmare, și durata medie de internare ;
- vîrsta și profilul bolnavilor au și ele importanță în ceea ce privește durata medie de spitalizare. Bolnavii în vîrstă, cei suferinzi de boli cronice rămîn mai mult timp în spital decît bolnavii tineri, cei suferinzi de boli acute. De aceea, internarea bolnavilor cronici, a bătrînilor constituie o problemă socială deoarece, pe măsura creșterii duratei medii de viață, aceștia ocupă un număr tot mai mare de paturi (pînă la 1/3 în unele spitale), influențînd astfel durata medie de spitalizare ;
- gratuitatea asistenței medicale face ca, în general, bolnavul să dorească să rămînă mai mult în spital. Plata spitalizării face ca bolnavul să rămînă mai puțin timp în spital ; după faza acută el caută să se întoarcă la domiciliu ;
- condițiile sociale ale bolnavilor internați influențează durata medie de spitalizare. În condițiile gratuității asistenței medicale, bolnavii cu locuință necorespunzătoare, cei fără familie, sau în unele țări, cei cu ocupații instabile sau amenințați de șomaj, au tendința să rămînă în spital și după vindecare. În unele țări, durata medie de spitalizare este mai mare la săraci, căci aceștia se internează, de obicei, cînd boala s-a agravat, fapt dovedit și prin coeficientul de spitalizare mai mic și prin durata lor de spitalizare mai mare ;
- durata medie de spitalizare variază, de asemenea, după profilul de cercetare sau de învățămînt al spitalului respectiv. De aceea, cînd comparăm durata de spitalizare, este necesar ca această comparație să se facă după criterii asemănătoare : de cercetare, clinic, urban, rural ;
- durata de spitalizare este scurtată în mod artificial acolo unde numărul de paturi este insuficient față de solicitări

● Factorii care influențează durata medie de spitalizare și care țin de administrația spitalului : pentru aprecierea nivelului asistenței medicale acordate în spital este relevantă cunoașterea modului în care au fost explorați bolnavii. Progresul tehnicii face să se renunțe din ce în ce mai mult la vechea practică legată de flerul clinic. Se pune tot mai mult accentul pe elementele obiective, care devin aparente prin medierea mijloacelor tehnice și care dezvăluie esența bolii. De aceea, o primă informare asupra calității asis-

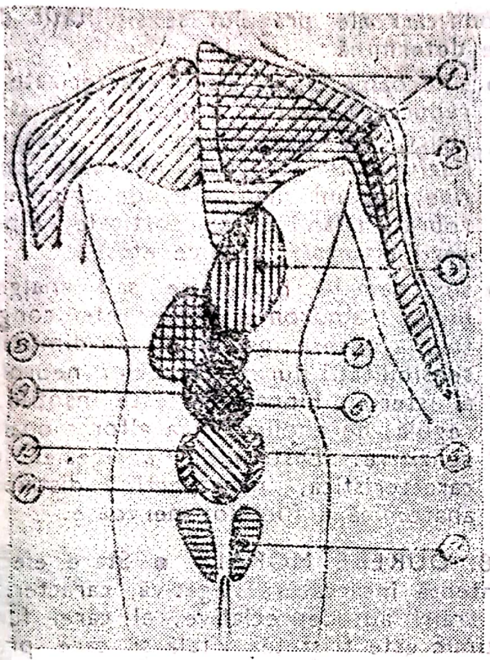
tenţei acordată bolnavilor o oferă cunoaşterea volumului activităţii serviciilor tehnico-medicale şi mai ales a categoriilor de tehnici care se efectuează:

- întrucît examenele de laborator servesc precizării diagnosticului, aprecierii evoluţiei bolii şi eficacităţii tratamentului aplicat, evaluării corecte a stării bolnavului la ieşirea din spital, cunoaşterea acestor date are o valoare multiplă. Diagnosticarea rapidă şi completă, precum şi aplicarea tratamentului corespunzător de la început, reduc durata internării;
- dacă administraţia spitalului nu asigură echipamentul tehnic necesar unui spital modern, dacă echipamentul este şi de un nivel tehnic redus şi insuficient numeric, nu se poate asigura o concordanţă între cererile de analize de laborator, radiologie, explorări funcţionale şi posibilităţile de satisfacere. Decalajul între cereri şi posibilităţile de satisfacere determină pierderea inutilă a timpului, pînă la precizarea diagnosticului şi aplicarea tratamentului. Însăşi îmbogăţirea şi complexitatea echipamentului tehnic modern de diagnostic şi tratament pot determina o creştere a duratei medii de spitalizare. Numărul determinărilor pentru precizarea diagnosticului şi numărul procedurilor terapeutice sporeşte paralel cu dezvoltarea ştiinţei şi tehnicii. Administraţia spitalului trebuie să aibă grijă să asigure dotarea necesară, în funcţie de numărul paturilor şi profilul bolnavilor, pentru a nu se produce decalajul menţionat şi ca determinările să înceapă din prima zi de internare;
- organizarea muncii influenţează, de asemenea, durata de spitalizare. Eficienţa mijloacelor terapeutice utilizate exprimă, din punct de vedere medical, eficienţa muncii de îngrijire, care duce la scurtarea timpului de spitalizare. Statisticile spitaliceşti trebuie să ofere datele necesare aprecierii tratamentului efectuat bolnavilor. Aceasta nu se poate face decît utilizîndu-se fişe individuale şi o grupare cît se poate de omogenă a bolnavilor (bolnavi suferinzi de aceleaşi boli şi în stadii asemănătoare de evoluţie a bolii). Numai în acest fel se poate realiza comparabilitatea loturilor pentru analiza influenţei tratamentului asupra stării bolnavului la ieşire din spital, asupra duratei de spitalizare, activităţii şi orientării medicului în stabilirea celor mai potrivite scheme de tratament;
- durata medie de spitalizare depinde de modul de organizare a îngrijirilor medicale, de legătura spitalului cu unităţile exterioare. În numeroase ţări, există tendinţe justificate de a se reduce durata medie de spitalizare, atît datorită unor raţiuni de ordin economic, cît şi lipsei numărului necesar de paturi. Acest lucru este posibil atunci cînd serviciile de asistenţă ambulatorie funcţionează corect, cooperînd la activitatea spitalului, prin pregătirea bolnavului ce urmează să fie internat (explorare clinică şi de laborator minuţioasă, stabilirea unui diagnostic cît mai precis etc.), în aşa fel încît aplicarea tratamentului indicat în spital să aibă loc cît mai aproape de momentul internării. De asemenea, durata de internare în spital poate fi redusă prin limitarea tratamentului la acele proceduri care nu se pot efectua decît în spital şi prin trimiterea bolnavului — dacă starea lui o permite — pentru continuarea tratamentului în unităţile ambulatorii sau la domiciliu, la iar dacă există posibilitatea, prin transferarea bolnavului în unităţi de postcură, unităţi de convalescenţă, spital de zi, cămine de bătrîni sau de deficienţi mintali. Cu cît gama acestor tipuri de unităţi este mai mare, cu atît creşte posibilitatea reducerii duratei medii de spitalizare, fără prejudicii pentru bolnavi. Astfel, externarea timpurie devine ineficientă atît medical, cît şi economic, ba chiar periculoasă, iar reducerea duratei medii de spitalizare devine, de fapt iluzorie, pentru că numeroşi bolnavi sînt siliţi, după o perioadă mai lungă sau mai scurtă să se reinterneze în spital. De aceea, pentru evaluarea eficacităţii asistenţei medicale nu este suficientă cunoaşterea globală a internărilor, ci este necesar să se analizeze reinternările şi cauzele lor.

617. **DURERE** (cf. lat. *dolere* „a durea") — sin. ALGIE; DOLOR • Sensibilitate algică, presupunînd un complex de manifestări senzitivo-reacţionale, în cadrul cărora se deosebesc fenomene psihoafective conştiente şi fenomene somatovegetative reflexe, determinate de acţiunea unor stimuli nociceptivi (agenţi nocivi) asupra receptorilor dureroşi. Fenomenologia sematovegetativă, apărută ca

Scanned with OKEN Scanner

răspuns reflex cvasinormal de apărare, poate fi cuantificată ; în schimb, comportamentul afectiv, dominant subiectiv, este dificil de apreciat în mod obiectiv. Senzaţia dureroasă — mai ales atunci cînd este cronicizată — ajunge



Proiecţia cutanată a durerii viscerale : 1 – inima ; 2 – esofag ; 3 stomac ; 4 – pilor ; 5 – apendice şi intestin subţire ; 6 – rinichiul stîng ; 7 – ureter ; 8 – ficat şi vezică biliară ; 9 – ombilic ; 10 – rinichiul drept ; 11 – colon.

să domine universul afectiv al subiectului, producînd reacţii psihosenzoriale şi somatovegetative.

Durerea are rol de semnal de alarmă, care impune instaurarea măsurilor adecvate de apărare contra stimulilor algogeni. Uneori însă, ea reflectă excesiv şi deformat factorul agresiv, determinînd tulburări grave psihice sau somatice, dezechilibre neuroendocrine sau morfochimice, de intensităţi variabile. Transformarea excitaţiei nociceptive în senzaţie dureroasă presupune existenţa unui teritoriu nociceptor, a unor căi de conducere a stimulului nociceptiv către etajele nervoase superioare şi a unor structuri integrative, unde are loc elaborarea senzaţiei dureroase.

Histologic, nu există receptori specializaţi pentru durere, terminaţiile nervoase nociceptive fiind răspîndite în diverse teritorii ale organismului. Se presupune (POPOVICIU) că, în excitarea acestor receptori, ar interveni ca mediatori chimici substanţe ca : histamina, serotonina, bradikinina, prostaglandinele. Nociceptorii sînt dendrite ale neuronilor din structura unui nerv cutanat. Căile de conducere spre etajele superioare sînt reprezentate de fasciculele spino-talamice şi spino-reticulare, ambele căi urcînd pînă la releul talamic. Colateralele acestor căi către substanţa reticulată explică modificările cardiorespiratorii care însoţesc durerea şi permit aprecierea profunzimii unei stări comatoase în funcţie de răspunsul la stimulare nociceptivă.

Conexiunile sinaptice în putamen, caudat şi palidum stau la baza „reducerii subcorticale a durerii" (POPOVICIU). Cea mai mare parte a căilor de conducere a impulsurilor nociceptive face sinapsă în talamus, fibrele talamice proiectîndu-se cortical în girusul postcentral, unde iau naştere senzaţiile protopatice, în cadrul cărora durerea este dominantă. Atît la nivel talamic, cît şi la nivel cortical, s-a evidenţiat o organizare somatotopică a proiecţiilor fibrelor ce conduc sensibilitatea dureroasă. Cortexul are capacitatea de a inhiba sau bloca durerea subcorticală, distrugerea nucleului talamic de proiecţie corticală determinînd durerea patologică din sindromul talamic. Integrarea durerii ca senzaţie penibilă pare a fi realizată în regiunile frontale corticale, iar componentele afectivă şi comportamentală ţin de intervenţia structurilor rinencefalo-hipotalamice. Aceste fapte au fost confirmate de acţiunea concomitent antialgică şi comportamentală a opioizilor endogeni şi, de asemenea, de faptul că unele antidepresive triciclice, administrate în doze mari, au efecte favorabile asupra durerilor canceroase sau a algiilor de dezaferentare.

Ipoteze recente, bazate pe observaţii clinice, au sugerat că apariţia durerii poate fi explicată prin înlăturarea unor capacităţi inhibitoare. Aceste ipoteze par a fi confirmate de descoperirea neuromedierii dureroase, organizate în sisteme inhibate sau activate la diverse niveluri, în mod diferenţiat. În ceea ce priveşte neuromedierea dureroasă, au fost identificate substanţe care pot, fie să activeze receptorii algogeni periferici, să faciliteze transmiterea sinaptică la nivelul căilor sensibilităţii dureroase, fie să moduleze această transmitere în sens inhibitor. Alături de substanţele algogene enumerate anterior, în mediaţia dureroasă mai sînt implicate : catecolaminele, ionii de potasiu, calciu, hidrogen, adenozintrifosfatul şi produşii lui de degradare — substanţa P, peptid cerebral endogen, care acţionează ca neuromediator central, ce intervine în transmiterea sinaptică centrală

a senzațiilor dureroase. Acțiunea substanței P se realizează prin intermediul unor receptori specifici, localizați la niveluri diferite, de-a lungul axului cerebrospinal.

Plecînd de la evidențierea receptorilor morfinergici, de la faptul că ei au o densitate foarte mare în structurile implicate în transmiterea endogenă, în 1974—1975, HUGUES, KOSTERLITZ și colab. izolează, din extracte cerebrale, peptide cu acțiune morfinică (enkefaline), iar din extractele adenohipofizare, HUGUES, GUILLEMIN, BLOOM și colab. izolează, în 1975—1976, polipeptide de dimensiuni mari, dotate, de asemenea, cu acțiune opioidă, numite endorfine. Endorfinele și enkefalinele formează sisteme neuronale opioide bine diferențiate, care își exercită acțiunea prin intermediul receptorilor specifici și par implicate, mai ales, în analgezia endogenă. Efectul acestor substanțe este predominant inhibitor, acționînd la nivelul eliberării unor mediatori, ca serotonina, acidul gamaaminobutiric, dopamina, noradrenalina, glicina. Deficitul de opioide endogene, după administrare cronică de opiați exogeni, pare a fi implicat în declanșarea manifestărilor abstinenței, iar corelațiile dintre opiații endogeni și sistemul limbic par a fi implicate în dependența psihică.

O durere poate fi caracterizată verbal în funcție de :

- calități (încordată, tăioasă, sfredelitoare etc.) ;
- localizare și extindere (ascuțită, punctiformă etc.) ;
- procesualitate (stabilă, ritmică, fulgerătoare) ;
- intensitate (puternică, medie, slabă, vagă).

După autorii care au studiat-o, sensibilitatea algică a mai fost clasificată astfel :

- superficială (cutanată) ;
- profundă (muscular-articulară) ;
- viscerală și centrală (cefalică) ;
- primară și secundară (ALRUTZ).

Durerea cutanată și cea internă au, fiecare, subforme, în funcție de natura factorului agresor (THUNBERG, SCHERLEVER ș.a.). MEYER clasifică durerea ca fiind ;

- fiziologică (apărută prin iritarea receptorilor) ;
- neurologică, determinată de leziuni ale căilor nervoase. Același autor încadrează mai multe tipuri de durere (printre care durerea „membrului fantomă", durerea din „anestezia dureroasă") în cadrul durerii de dezaferentare, produse prin hipersensibilizarea la mediatorii chimici a receptorilor sinaptici, la diferite niveluri ale căii nociceptive.

Lipsa reacției normale la durere — consecință a unor leziuni cerebrale dobîndite — poartă numele de ASIMBOLIE ALGICĂ și se caracterizează prin lipsa reacțiilor comportamentale la stimuli nociceptivi, senzația elementară fiind păstrată.

Modificări ale pragului sensibilității dureroase determină :

- sindroame hiperalgice, caracterizate prin reducerea marcată a pragului la stimuli algici, cu perceperea lor exagerată (leziuni de structuri nervoase periferice, leziuni medulare, de trunchi cerebral, talamice sau corticale, hiperalgezii viscerale, cefalice etc.) ;
- sindroamele hipoalgice sau analgezice includ : sindromul indiferenței congenitale la durere, pierderea sau diminuarea sensibilității dureroase. Semn neurologic al isteriei, hipoalgezia este însoțită, de regulă, de abolirea și a altor modalități senzitive. Distribuția analgeziei este caracteristică, nerespectînd distribuția anatomică a filetelor nervoase.

618. **DURERE MORALĂ** ● Stare efectivă cu intensă încărcătură negativă, caracterizată prin trăiri autodepreciative, al cărei fundal holotimic este tristețea vitală și care presupune întotdeauna participare endogenă. Apare, sub diferite intensități, în diverse entități nosologice și stări psihopatologice, constituțiile depresive (timopatul, depresiv, anancastul, tipul melancolic descris de TELLENBACH, schizoidul), în depresia endoreactivă și, îndeosebi, în depresia majoră (psihotică).

În cazul depresiei constituționale, MICHAUX descrie spleen-ul (dezgust cronic, neperiodic, față de viață — „taedium vitae", nemotivat, lipsit de trăiri anxioase și autoacuzare, caracterizat prin comportament normal, dar toleranță scăzută la manifestările de bucurie ale celorlalți, potențial suicidar) și nostalgia (tristețe reactivă, dar disproporționată, la ruperea unor legături afective, inadaptabilitate la noile raporturi efective, cu „nosomanie" consecutivă, manifestată ca o impulsiune irezistibilă de închidere în sine, cu reverii asupra trecutului ; poate ajunge pînă la depresie veritabilă, însoțită de insomnii, anxietate) atribuită psihanalitic unor fixații infantile.

H. EY, BERNARD, BRISSET identifică aceste stări cu pesimismul, ca polarizare a conștiinței (și nu sentiment sau idee bine precizată) spre nefericire și greșală (viitorul nu rezervă nimic pozitiv, indiferent de acțiunile subiectului), ceea ce implică potențialități autoacuzatoare în cele mai obișnuite circumstanțe. Durerea

morală din depresia majoră întruneşte, în întregime, caracterul vital, de tristeţe funciară, profundă şi monotonă, ceea ce o deosebeşte de patetismul oarecum inautentic al depresiei nevrotice şi o face rezistentă la persuasiunea psihoterapică (H. EY). Psihoticul depresiv trăieşte un prezent imobil, arid, lipsit de perspectiva viitorului care este înlocuită cu un vid dureros, ca de doliu şi de prezenţa unui trecut stagnant, încărcat de regrete vii şi nostalgii insuportabile ale unei fericiri nu doar pierdute sau irosite, ci şi imposibile (MICHAUX).

Se ajunge uneori la anestezia afectivă, ca ultim stadiu al durerii morale, care, pe lîngă trăirile penibile ale unor modificări anestezice, este însoţită de autodepreciere, incapacitate şi neputinţă, pînă la inhibiţie psihomotorie şi morală (H. EY), generînd o stare de profundă insecuritate. Modificările gîndirii în sens autoacuzator se extind asupra tuturor intenţiilor, acţiunilor, atitudinilor bolnavului, care sfîrşeşte prin a nu se considera bolnav, ci vinovat. Singura perspectivă întrevăzută este imanenţa morţii, proprie durerii morale, psihotice, moarte pe care bolnavul şi-o poate provoca (dacă inhibiţia motorie nu-l opreşte să o facă), uneori ca raptus suicidar (melancolic) sau în cadrul unui suicid colectiv (omor altruist). ROGUE de FOURSAC denumeşte durerea moral „tristeţe activă".

619. DURKHEIM Emile (1858—1917) ● Sociolog de renume şi profesor la Sorbona, întemeietor al sociologiei ştiinţifice (fundamentează metoda multivariaţiei în sociologie, subliniază specificitatea socialului şi anume „exterioritatea" în raport cu individul şi capacitatea de a exercita o acţiune coercitivă asupra acestuia). Este întemeietorul şcolii franceze de sociologie, iar preocupările pentru psihologie şi psihopatologie sînt indirecte şi secundare preocupărilor referitoare la societate, văzută ca fenomen autonom, care se autodetermină. Societatea este o „totalitate emergentă", diferită de suma indivizilor componenţi care, deşi exercită asupra fiecăruia o influenţă coericitivă, nu se explică decît prin sine însăşi. Lucrarea „Suicidul" (1897) se fundamentează pe ideea de autodistrucţie, care este consecinţa condiţiilor sociale, a imposibilităţii de integrare a individului în comunitatea umană. Pe aceeaşi linie, DURKHEIM distinge fenomene sociale „normale" şi „anormale" (introduce termenul de „anomie"), aberante, cum sînt şi antagonismele societăţii în care a trăit.

620. DUROMINE(M) Anglia, Australia — DCI *Fenterminǎ* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α, α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice şi anorexigene, utilizat şi în combaterea obezităţii secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

621. DUŞMĂNIE (cf. turc. *düşman*) ● Formă de agresivitate manifestată prin atitudini, gesturi, acţiuni ostile, ce pot ajunge pînă la distrugerea unor persoane, grupuri, sisteme sociale opuse. Exprimă o agresivitate primară (care poate ajunge, uneori, pînă la ură). Este dăunătoare, din punct de vedere social, putînd angrena distrugerea motivată şi nemotivată a altora sau chiar a celui care o exercită. Cînd este motivată social, poate deveni valoroasă, prin calitatea motivaţiei şi prin consecinţele sociale reformatoare pe care le atrage.

622. DYMOPERAZINE(M) Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperanizil) propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acţiune antipsihotică marcată şi acţiune sedativă relativ redusă, cu valenţe anxiolitice şi antiemetice. Efectele antihistaminice, antispastice şi adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN(M).

623. DYNAPRIN(M) Italia — DCI *Imipramine* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă, cu spectru larg de acţiune, incluzînd depresia endogenă; este posibilă şi se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (în 12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze — minimum 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

624. DYSTOID(M) RFG — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M)

BIBLIOTECA JUDEŢEANĂ „GH ASACHI" IAŞI

Scanned with OKEN Scanner

morală din depresia majoră întruneşte, în întregime, caracterul vital, de tristeţe funciară, profundă şi monotonă, ceea ce o deosebeşte de patetismul oarecum inautentic al depresiei nevrotice şi o face rezistentă la persuasiunea psihoterapică (H. EY). Psihoticul depresiv trăieşte un prezent imobil, arid, lipsit de perspectiva viitorului care este înlocuită cu un vid dureros, ca de doliu şi de prezenţa unui trecut stagnant, încărcat de regrete vii şi nostalgii insuportabile ale unei fericiri nu doar pierdute sau irosite, ci şi imposibile (MICHAUX).

Se ajunge uneori la anestezia afectivă, ca ultim stadiu al durerii morale, care, pe lingă trăirile penibile ale unor modificări anestezice, este însoţită de autodepreciere, incapacitate şi neputinţă, pînă la inhibiţie psihomotorie şi morală (H. EY), generind o stare de profundă insecuritate. Modificările gindirii în sens autoacuzator se extind asupra tuturor intenţiilor, acţiunilor, atitudinilor bolnavului, care sfirşeşte prin a nu se considera bolnav, ci vinovat. Singura perspectivă întrevăzută este imanenţa morţii, proprie durerii morale, psihotice, moarte pe care bolnavul şi-o poate provoca (dacă inhibiţia motorie nu-l opreşte să o facă), uneori ca raptus suicidar (melancolic) sau în cadrul unui suicid colectiv (omor altruist). ROGUE de FOURSAC denumeşte durerea moral „tristeţe activă".

619. DURKHEIM Emile (1858—1917) ● Sociolog de renume şi profesor la Sorbona, întemeietor al sociologiei ştiinţifice (fundamentează metoda multivariaţiei în sociologie, subliniază specificitatea socialului şi anume „exterioritatea" în raport cu individul şi capacitatea de a exercita o acţiune coercitivă asupra acestuia). Este întemeietorul şcolii franceze de sociologie, iar preocupările pentru psihologie şi psihopatologie sint indirecte şi secundare preocupărilor referitoare la societate, văzută ca fenomen autonom, care se autodetermină. Societatea este o „totalitate emergentă", diferită de suma indivizilor componenţi care, deşi exercită asupra fiecăruia o influenţă coericitivă, nu se explică decit prin sine însăşi. Lucrarea „Suicidul" (1897) se fundamentează pe ideea de autodistrucţie, care este consecinţa condiţiilor sociale, a imposibilităţii de integrare a individului în comunitatea umană. Pe aceeaşi linie, DURKHEIM distinge fenomene sociale „normale" şi „anormale" (introduce termenul de „anomie"), aberante, cum sint şi antagonismele societăţii în care a trăit.

620. DUROMINE(M) Anglia, Australia — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α, α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice şi anorexigene, utilizat şi în combaterea obezităţii secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

621. DUŞMĂNIE (cf. turc. *düşman*) ● Formă de agresivitate manifestată prin atitudini, gesturi, acţiuni ostile, ce pot ajunge pînă la distrugerea unor persoane, grupuri, sisteme sociale opuse. Exprimă o agresivitate primară (care poate ajunge, uneori, pînă la ură). Este dăunătoare, din punct de vedere social, putind angrena distrugerea motivată şi nemotivată a altora sau chiar a celui care o exercită. Cînd este motivată social, poate deveni valoroasă, prin calitatea motivaţiei şi prin consecinţele sociale reformatoare pe care le atrage.

622. DYMOPERAZINE(M) Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperanizil) propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acţiune antipsihotică marcată şi acţiune sedativă relativ redusă, cu valenţe anxiolitice şi antiemetice. Efectele antihistaminice, antispastice şi adrenolitice sint mai mult decit reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN(M).

623. DYNAPRIN(M) Italia — DCI *Imipramine* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă, cu spectru larg de acţiune, incluzind depresia endogenă; este posibilă şi se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (în 12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze — minimum 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

624. DYSTOID(M) RFG — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putind apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M)

BIBLIOTECA JUDEŢEANĂ „GH ASACHI" IAŞI

Scanned with OKEN Scanner

INDEX ALFABETIC PENTRU:

- boli[B]
- deliruri [D]
- fobii[F]
- halucinații[H]
- medicamente[M] :
  - Betablocante
  - Neuroleptice
  - Psihostimulente
  - Timoanaleptice
  - Timoleptice
  - Tranchilizante
- medicamente compuse[MC]
- personalități (date despre)
- semne / simptome[S]
- sindroame[S]
- teste[T]

Scanned with OKEN Scanner

Sînt cuprinse în ordine alfabetică, pentru literele A—D, principalele boli(B), deliruri(D), fobii(F), halucinații(H), medicamente(M), personalități cu implicații în dezvoltarea psihiatriei, semne/simptome(s), sindroame(S) și teste(T) cu indicarea numărului termenului în cadrul literei și cu pagina respectivă unde este tratat.

Exemple :

Pentru boli(B), deliruri(D), fobii(F), halucinații(H), semn / simptom(s), teste(T), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea : (B), (D), (F), (H), s, (S), (T)	sin., trimiteri, etc.	Nr. crt.	Nr. pag.
ALZHEIMER(B) boală	— demența presenilă	A 529	149
BOGĂȚIE(D) delir	— delir sistematizat de grandoare	B 343	441
CHEIMOFOBIE(F)	— teama de frig, de iarnă	C 274	538
DECORATIVE(H) halucinații		D 78	692
AMAT(s) semn	sin. → BENOIT-AMAT(S) sindrom	A 532	150
CALMEIL(S) sindrom	— sin. DELIR ACUT IDIOPATIC → CONFUZIE MALIGNĂ(S)	C 38	486

Pentru medicamente(M) și medicamente combinate(MC), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea produsului	Țara	D.C.I.	Derivat	Nr. crt.	Nr. pag.
ANTIDEPRIN(M)	România	Imipramină	Dibenzazepinic	A 853	230
BURONIL(M)	Belgia	Melperonă	Butirofenonic	B 511	475
CYLERT(M)	Anglia	Pemolină	Oxazolinic	C 808	676
DIAZEPAM(M)	România	Diazepam	Benzodiazepinic	D 334	779

Pentru personalități implicate în dezvoltarea psihiatriei, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Numele și prenumele	Anii	Date	Nr. crt.	Nr. pag.
BELHOMME Jacques	(1737—1824)	„tîmplarul infirmier" Franța	B 122	390
BRÂNZEI Petre	(1916—1985)	psihiatru român	430	462

I. BOALĂ(B)

ABETALIPOPROTEINEMIE(B)	sin. → BASSEN-KORNZWEIG(B)	A 26	16
ACRODINIE(B)	— sin. CHARDON(B) sin. → ERITEM AUSTRALIAN	135	45
ACROMEGALIE(B)	— manifestări psihice	144	46
ADDISON(B)	— manifestări psihice	239	72
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE	— manifestări psihice	332	92
ALLAN-CUSWORTH-DENT(B)	— manifestări psihice	485	143
ALPERS-CHRISTENSEN-KRABBE(B)	— manifestări psihice	510	145
ALZHEIMER(B)	(demența presenilă)	529	149
ANDERS(B)	sin. → DERCUM(B)	730	197
APERCEPȚIE AUDITIVĂ CONGENITALĂ(B)	sin. → LEY(B)	936	258
ARAKAWA(B)	(boală ereditară autosomal recesivă)	1007	269

Scanned with OKEN Scanner

ASTM(B)	— aspecte psihosomatice	1138	313
ATEROSCLEROZĂ(B)	— manifestări psihice	1184	322
AUTOGENĂ(B)	— „eliminarea iatrogeniei", BALINT	1282	344
AVITAMINOZE	— manifestări psihice	1346	358
BANNISTER(B)	sin. → ANGIONEUROTIC — edem	48	373
BARLOW(B)	(avitaminoză C — SCORBUT INFANTIL)	69	380
BASEDOW(B)	— sin. FLAJANI(B) ; GRAVES(B) ; GRAVES-BASEDOW(B)	82	382
BASSEN-KORNZWEIG(B)	sin. ABETALIPOPROTEINEMIE	83	382
BAYLE(B)	→ PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ	96	384
BEARD(B) (1869)	→ NEURASTENIE	103	386
BEHR(B)	(maladie eredocolaterală, 1909)	119	389
BERGERON(B)	— sin. COREE ISTERICĂ ; COREE ELECTRICĂ	172	398
BERI-BERI(B)	(avitaminoză B_1)	174	399
BIELCHOWSKI(B)	— sin. IDIOȚIE AMAUROTICĂ	224	413
BINSWANGER(B)	(formă de ateroscleroză cerebrală, 1894)	249	417
BLEULER(B)	sin. → SCHIZOFRENIE	308	431
BLOCQ(B)	— sin. APRAXIA MERSULUI sin. → ASTAZO-ABAZIE	319	433
BOALĂ CANCEROASĂ	— manifestări psihice	323	435
BOALĂ CLANDESTINĂ	— manifestări psihice	324	436
BOALĂ CRONICĂ DE IRADIERE	— manifestări psihice	325	436
BOALA INCLUZIUNILOR DAWSON	sin. → PANENCEFALITĂ SUBAC. SCLEROZANTĂ	326	437
BOALA MUNȚILOR	— sin. BOALĂ DE ALTITUDINE sin. → DA COSTA(B)	327	437
BOALĂ OCLUZIVĂ	— manifestări psihice	328	437
BOALĂ PSIHICĂ	— circumscriere, forme de manifestare	329	437
BOALĂ PSIHOGENĂ	→ PSIHOGENIE	330	440
BOALĂ ROZĂ	— sin. CHARDON(B) sin. → ERITEM AUSTRALIAN	331	440
BOALA SFÎNTULUI VALENTIN	→ EPILEPSIE	332	440
BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE	sin. → WEEST(S)	333	440
BOALA TICURILOR	sin. → GILLES DE LA TOURETTE(B)	334	440
BOGAERT(B)	— sin. ATROFIA PALIDO-SUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ	340	441
BOGAERT-SCHERER-EPSTEIN(B)	(catabolism lipidic)	342	441
BOISVERT(B)	(polinevrită alcoolică)	346	441
BOLI INFECȚIOASE GENERALE	— tulburări psihice	347	441
BOLI NEUROLOGICE	— tulburări psihice	348	442
BOLI CU PATOGENEZĂ METABOLICĂ	— tulburări psihice	349	446
BONHOEFFER(B)	epilepsie reactivă sin. → BRATZ(S)	359	450
BOSTROEM(B)	(formă de manie confuzivă, 1926)	384	456
BOURNEVILLE(B)	— sin. EPILOIA SCHERLOCH ; SCLEROZĂ TUBEROASĂ	393	457
BRAIN(B)	(apraxia îmbrăcării, 1941)	426	461
BRAVAIS-JACKSON(B)	sin. EPILEPSIE JACKSONIANĂ	435	463
BRICHT(B)/psihoză	(tulburări psihotice în insuficiența renală)	447	464
BUTTEN-SPIELMEIER-VOGT(B)		520	477

Scanned with OKEN Scanner

CELSUS[B]	sin. → CATALEPSIE	C 200	524
CHARCOT-MARIE-TOOTH[B]	— tulburări psihice	263	536
CHARCOT-VULPIAN[B]	sin. → LEUCONEVRAXITĂ	264	537
CHARDON[B]	— sin. ACRODINIE; sin. → ERITEM AUSTRALIAN	266	537
CHEYNE[B]	→ HIPOCONDRIE	287	539
CISTATIONEMIE[D]	(HARISS, 1959)	364	550
CITRULINEMIE[B]	— manifestări psihice	371	552
CONDRODISTROFIE FETALĂ[B]	sin. ACONDROPLAZIE	550	605
COREE ACUTĂ[B]	sin. → SYDENHAM[B]	666	635
COREE CRONICĂ HUNTINGTON[B]		667	635
COREE CRONICĂ PROGRESIVĂ SPORADICĂ[B]		668	635
COREE ISTERICĂ[B]	— sin. COREE ELECTRICĂ sin. → BERGERON[B]	669	635
COREE VASCULARĂ[B]		672	636
CRAIG-NORMAN[B]	— manifestări psihice	705	643
CREUTZFELDT-JAKOB[B]	— demență presenilă	725	647
CRIGLER-NAJJAR[B]	— manifestări psihice	727	648
CROUSON[B]	(„plurium degenerativ") manif. psihice	770	664
CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT[B]	— manifestări psihice	799	673
DA COSTA[B]	sin. BOALĂ DE ALTITUDINE; BOALA MUNȚILOR; PUNA[B]	D 5	678
DAWSON[B]	sin. ENCEFALITĂ SUBACUTĂ CU INCLUZIUNI	44	684
DERCUM[B]	sin. ADIPOZĂ DUREROASĂ; ANDERS[B]	224	745
DEVIC[B]	sin. NEUROMIELITĂ OPTICĂ	282	761
DUCHENNE[B]	— distrofie progresivă	I 603	832

DELIR[D]

ABSURD[D] delir	— sărac, nesistematizat, poveste de preșcolar	A 53	25
ACTIV[D]	— autoacuzare, risc suicidar major	177	52
ACȚIUNE BINEFĂCĂTOARE[D]	— călăuzit de forțe supranaturale	201	58
ACUT[D]	— dezorientare, productivitate, azotemie	223	66
AFECTIV[D]	— paralizia dispoziției afective (SNEJEVSKI)	323	90
AMBIȚIOS[D]	— exaltare a Eului, omnipotența (MASSELON, 1906)	548	154
AMOROS[D]	— povestea unei iubiri imaginare, neîmplinite	625	172
ANXIOS[D]	— precizarea fondului desfășurării delirului	911	254
ASCUNS[D]	— trăit de subiect, inobservabil celorlalți	1078	293
ASISTOLIC[D]	— delirium terminal (RÉGIS)	1100	299
ATINGERE[D]	— de fapt, obsesie nevrotică a murdăriei	1193	325
AUTISTIC[D]	— „nucleul existenței schizofrene" (EY)	1251	339
AUTOCONSTRUCTIV[D]	— roman extrapersonal absurd (CLÉRAMBAULT)	1262	341
AUTOHTON[D]	— idei delirante primare (CONRAD)	1286	344
AUTOUMILIRE[D]	— autodepreciere cu răsunet comportamental	1328	354
BAYER[D]	— delir indus la subiecți bolnavi psihic (1932)	B 94	383
BOGĂȚIE[D]	— cîștiguri uriașe și mare mizerie	343	441
CALMEIL[D]	— sin. DELIR ACUT IDIOPATIC; CONFUZIE MALIGNĂ[S]	C 38	486
CATATIMIC[D]	— în raport cu polaritatea afectivității (MAYER)	146	505
CATESTEZIC[D]	— senzații neplăcute ce modifică afectivitatea	154	510

Scanned with OKEN Scanner

CENESTOPAT[D]	— interpretare hipocondriacă a senzațiilor	204	525
COLECTIV[D]	— delir comun cu „autori" multipli	482	578
COMBINAT[D]	— sin. DELIR MIXT	495	583
COMPENSARE[D]	— ieșire imaginară dintr-o situație neplăcută	507	587
COMPLEX[D]	— alură fantastică precoce	512	590
CONFABULATOR[D]	— pseudo-realitate (KRAEPELIN, DUPRÉ, LOGRE)	555	606
CONFORMIST[D]	— afilierea individului la delirul colectiv	563	609
CONFUZO-ONIRIC[D]	— dezorientare spațiotemporală cu halucinații	568	610
CONSTITUȚIONAL[D]	— prăbușirea unor structuri psihologice	590	616
CONTACT[D]	— „nebunia atingerii" (ESQUIROL, 1838)	601	621
CONTRADICTORIU[D]	— absurditate, contradicție incoerentă	616	625
COSMOGONIC[D]	— sin. METAFIZIC[D]	695	641
CRONIC[D]	— delir cronic cu evoluție progresivă	761	661
CULPABILITATE[D]	— sin. VINOVĂȚIE[D] → AUTOACUZARE	779	665
CVERULENT[D]	— revendicare absurdă, violentă (BEER, 1869)	802	676
DELIR	— fenomen fundamental al nebuniei	D 129	705
DELIR ACUT	— sindrom confuzional deosebit de grav	130	707
DELIR ACUT AZOTEMIC	— formă descrisă de MARCHAND	131	708
DELIR (AL) ACTELOR	— conduitele mai evidente decît ideile	132	708
DELIR ACUT IDIOPATIC	— sin. → CALMEIL[D]	133	708
DELIR (DE) CONTACT	— sin. DELIR DE ATINGERE (ESQUIROL, 1838)	134	708
DELIR (LA) COPIL	— nesistematizat, greu evidențiabil	135	708
DELIR (CU) ECLIPSE	— conținut delirant stereotip	136	709
DELIR (DE) INTUIȚIE	— mecanism psihopatologic incriminat	137	709
DELIR (AL) INVENTATORILOR	→ INVENȚIE[D]	138	709
DELIR (ÎN) DOI	— delir al cuplului (FALRET, LASÈGUE, 1877)	139	709
DELIR MIXT	sin. → COMBINAT[D]	141	709
DELIR TRANZITORIU	— accese delirante scurte fără recidicve	142	709
DELIRIUM TREMENS	— stare confuzională psihică de origine organică	143	709
DEMONOPATIC[D]	— subiectul crede că este posedat de demon	170	724
DEPOSEDARE[D]	— revendicator cu pseudoprejudicii	198	731
DEPRESIV[D]	sin. → MELANCOLIC[D]	210	741
DERMATOZOIC[D]	— sin. DELIR CU ECTOPARAZIȚI[D]	238	748
DESCOPERIRE[D]	— „soluții în domenii imposibile"	240	748
DISIMULAT[D]	— sin. → ASCUNS[D]	433	796
DOGMATIC[D]	— raționalism împins pînă la absurd (CLÉRAMBAULT)	511	812
DÖLKEN[D]	— delirium tremens, formă atipică, neproductivă	568	825
FOBII[F]			
ACAROFOBIE[F]	— teama de insecte (ințepătură/prezență)	A 66	29
ACEROFOBIE[F]	— teama de a fi ironic, dur (1880)	89	35
ACLUOFOBIE[F]	— teama de întuneric/locuri întunecoase	113	43
ACROFOBIE[F]	— teama de înălțime — sin. HIPSOFOBIE[F]	137	45
ACUSTICOFOBIE[F]	— teama de sunete / nu de tonalitate (1886)	220	66
ACVAFOBIE[F]	— teama de apă — sin. HIDROFOBIE[F]	226	67
AEROACROFOBIE[F]	— teama de locuri înalte și de zbor	300	86
AEROFOBIE[F]	— teama de zborul cu avionul (nu și de înălțime)	302	86
AGALMATOREMAFOBIE[F]	— teama de statui (vorbitoare)	355	102
AGIOFOBIE[F]	— teama de spațiul larg al străzii	367	103
AGORAFOBIE[F]	— teama de spațiile urbane deschise (1883)	380	108
AIHMOFOBIE[F]	— teama de obiecte ascuțite	401	115
AILUROFOBIE[F]	— sin. GATOFOBIE[F] sin. → GALEOFOBIE[F]	402	115

Scanned with OKEN Scanner

ALGOFOBIE(F)	— teama de durere (altfel tolerabilă)	461	137
AMATOFOBIE(F)	— teama de praf	533	150
AMAXOFOBIE(F)	— teama de autovehicule	537	151
AMICOFOBIE(F)	— teama de a fi zgîriiat	578	159
ANDROFOBIE(F)	— teama de sexul masculin (evident, la femei)	731	197
ANEMOFOBIE(F)	— teama de curenți de aer, vînt	744	201
ANGIOFOBIE(F)	sin. → PNIGOFOBIE(F)	764	203
ANTLOFOBIE(F)	— teama de inundații domiciliare	880	240
ANTROPOFOBIE(F)	— teama de oameni — sin. EXANTROPIE	892	243
APEIROFOBIE(F)	— teama de infinit (ca spațiu, nu metafizic)	934	258
APIFOBIE(F)	— teama de albine	943	259
ARAHNOFOBIE(F)	— teama de păianjeni (insecte, în general)	1003	269
ASTENOFOBIE(F)	— teama de oboseală (la un efort minim)	1133	313
ASTRAFOBIE(F)	— teama de corpuri cerești	1139	314
ASTRAPEFOBIE(F)	— teama de fulgere	1140	314
ASTROFOBIE(F)	— teama de fenomene astronomice	1143	315
ATEFOBIE(F)	— teama de ruină, de nefericire	1169	317
AULOFOBIE(F)	— teama de sunetele instrumentelor de suflat	1239	337
AURORAFOBIE(F)	— teama de lumina zorilor	1242	337
AUTOFOBIE(F)	— teama de a fi singur (nejustificată)	1280	344
AUTOMISOFOBIE(F)	— teama de a răspîndi mirosuri urîte	1300	349
BACILOFOBIE(F)	— teama de bacili	B 13	367
BALISTOFOBIE(F)	— teama de proiectile, explozii, arme de foc	32	370
BAROFOBIE(F)	— teama de gravitație	72	380
BATOFOBIE(F)	— teama de prăpăstii, văi, defileuri	88	383
BATRACOFOBIE(F)	— teama de „broaște"	89	383
BAZOSTAZIFOBIE(F)	— teama de ortostatism și mișcare	99	384
BAZOFOBIE(F)	— teama de mișcare (nu și de ortostatism)	100	384
BELONEFOBIE(F)	— teama de înțepătura de ac	132	391
BIBLIOFOBIE(F)	— teama de cărți, albume, biblioteci	216	411
BROMIDROSIFOBIE(F)	— teama de mirosul propriului corp	466	467
BRONTOFOBIE(F)	— teama de tunete	472	468
CACORAFOBIE(F)	sin. → KAKORAFOBIE(F)	C 10	479
CACOTENOFOBIE(F)	— „teroarea sfincterelor"	13	479
CALINOFOBIE(F)	— teama de nou — sin. NEOFOBIE(F)	23	482
CAINOTOFOBIE(F)	— sin. NEOFOBIE(F) sin. → CAINOFOBIE(F)	23	482
CANCEROFOBIE(F)	— teama de boala canceroasă	56	490
CATAGELOFOBIE(F)	— teama de a fi ridicol	135	503
CATIZOFOBIE(F)	— teama de a se așeza	159	512
CATOPTROFOBIE(F)	— teama de oglinzi	161	512
CENOFOBIE(F)	— teama de spații deschise — sin. KENOFOBIE(F)	209	526
CHEIMOFOBIE(F)	— teama de frig, de iarnă	274	538
CHEIROFOBIE(F)	— teama de a scrie — sin. GRAFOFOBIE(F)	276	538
CHENOFOBIE(F)	— teama de încăperi/spații goale	282	538
CHEROFOBIE(F)	— teama de a pierde buna dispoziție	283	538
CHINOFOBIE(F)	— teama (nemotivată) de cîini	297	541
CHIONOFOBIE(F)	— teama de fulgi de zăpadă	298	542
CHIPRIDOFOBIE(F)	— teama de boală venerică (nejustificată)	300	542
CIBOFOBIE(F)	— teama de a se hrăni/de hrană	339	548
CLAUSTROFOBIE(F)	— teama de spații înguste, închise	391	561
CLIMACOFOBIE(F)	— teama de trepte, de scări	401	562

CLITOROFOBIE(F)	— teama de încăperi neaerisite	416	565
COITOFOBIE(F)	— teama de actul sexual	477	578
COMETOFOBIE(F)	— teama de corpuri cereşti	498	583
COPROFOBIE(F)	— teama de materii fecale — sin. SCOTOFOBIE(F)	657	635
CREMATOFOBIE(F)	— teama de bani (de a-i atinge)	718	646
CREMNOFOBIE(F)	— teama de prăpastie, de adîncimi	719	646
CRIOFOBIE(F)	— sin. PSICROFOBIE(F) sin. → CHEIMOFOBIE(F)	734	649
CRISTALOFOBIE(F)	— teama de obiecte de sticlă	737	650
CROMATOFOBIE(F)	— teama de o culoare sau de toate culorile	754	660
CRONOFOBIE(F)	— teama de trecerea timpului (exagerată)	766	663
CYPRIDOFOBIE(F)	sin. → CHIPRIDOFOBIE(F)	812	677
DEMOFOBIE(F)	— teama de aglomeraţie — sin. OCLOFOBIE(F)	D 165	723
DEMONOFOBIE(F)	— teama de demoni, stafii	167	723
DERMATOFOBIE(F)	— teama de afecţiuni dermatologice	233	747
DERMATOSIOFOBIE(F)	— sin. → DERMATOFOBIE	237	748
DEXTRAFOBIE(F)	— teama de obiecte situate în dreapta	289	763
DICHEFOBIE(F)	— teama de organele juridice	345	782
DIPSOFOBIE(F)	— teama de a consuma lichide	395	790
DISMORFOFOBIE(F)	— („psihoza uriţeniei" — KOUPERNIK)	446	799
DOMATOFOBIE(F)	→ CLAUSTROFOBIE(F)	523	815
DORMATOFOBIE(F)	— teama de atingerea blănurilor	541	819
DROMOFOBIE(F)	— teama de deplasări, de a porni la drum	581	826

HALUCINAŢII(H)

ACROMATICE(H)	— halucinaţii (comune mai complexe)	A 142	45
ACUSTICO-VERBALE(H)	— geneză şi manifestări heteroclite	221	66
ADELOMORFĂ(H)	— absenţa conturului ce le delimitează	243	73
AGREABILE(H)	— plăcute, trezesc dorinţa de repetare	387	110
AHLENSTIEL(H)	— simple, auditive/apar în stres	398	114
ALGOHALUCINAŢII(H)	— tactile şi somestezice dureroase	462	137
ANTAGONISTE(H)	— verbale, contradictorii	837	219
APERCEPTIVE(H)	— psihice ; pseudohalucinaţii (KAHLBAUM)	937	258
ASOCIATE(H)	— „una devine semnal pentru cealaltă"	1106	300
AUDITIVE(H)	— frecvente, apariţie în spaţiul obiectiv	1235	336
BAILLARGER(H)	— („percepţii intelectuale"/1844)	B 18	368
BARESTEZICE(H)	— tulburări ale cenesteziei	59	378
BERZE(H)	— sin. OPTICOKINESTEZICE(H) (vizuale)	187	400
BLEULER(H)	sin. → BLEULER[s] simptom	310	432
BONNET(H)	— eidolii halucinozice (1760)	364	451
CAMPINE(H)	— respectă realitatea spaţiului obiectiv	C 52	488
CENESTEZICE(H)	— datorate unor forţe xenopatice	201	524
CINEMATOGRAFICE(H)	— tablouri vizuale dinamice	352	549
COLECTIVE(H)	— apărute simultan la un grup	484	579
COMBINATE(H)	sin. → SINESTEZICE(H)	496	583
COMPLEXE(H)	— identifică clar obiecte, personaje	514	591
COMUNE(H)	— conţinut apropiat de senzaţii	529	598
CONTRADICTORII(H)	sin. → ANTAGONISTE(H)	615	625
CORPORALE(H)	sin. → VISCERALE(H)	686	637

COSMICE[H]	— „imagini și muzică astrală"	694	641
CROMATICE[H]	— complexe, cu atribute cromatice	753	660
DECORATIVE[H]	— vizuale : arabescuri	D 78	692
DIFERENȚIATE[H]	— simple : zgomotele își găsesc sursa	357	784
DOMINANTE[H]	— aspect cantitativ în tabloul paranoid	527	815

MEDICAMENTE[M]

• ANTIDEPRESIVE

• TIMOANALEPTICE (TMA)

ACTAMOL[M]	Anglia	Mebanzină	hidrazinic	A 167	49
ACTOMOL[M]	Anglia	Mebanazină	hidrazinic	194	56
CATRON[M]	S.U.A.	Feniprazină	hidrazinic	C 163	513
CATRONIAZIDE[M]	S.U.A.	Feniprazină	hidrazinic	163	513
CAVODIL[M]	Anglia	Feniprazină	hidrazinic	171	515
DEPRENYL[M]	Ungaria	Selegilină	propargilaminic	D 203	731
DRAZINE[M]	Anglia	Fenoxipropazină	hidrazinic	571	825

• TIMOLEPTICE (TML)

ACETEXA[M]	R.F.G.	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	A 91	85
ADAPIN[M]	S.U.A.	Doxepină	dibenzoxepinic	232	68
ADAPTOL[M]	Spania	Melitracen	antracenic	237	72
ADEPRESS[M]	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	248	75
ADEPRIL[M]	Italia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	250	75
ADEPRIM[M]	Belgia	Quinupramină	dibenzazepinic	251	75
ADT[M]	Portugalia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	292	85
AGEDAL[M]	Elveția	Noxiptilină	dibenzocicloheptadienic	359	102
ALIVAL[M]	Franța	Nomifensină	isochinolinic	482	143
ALLEGRON[M]	Anglia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	486	143
ALTILEV[M]	Franța	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	519	147
AMAVIL[M]	S.U.A.	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	535	151
AMBIVALON[M]	Elveția	Amitriptilinoxid	dibenzocicloheptadienic	550	155
AMIANELUN[M]	Spania	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	576	159
AMILENT[M]	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	580	160
AMIPHAN[M]	Japonia	Triptofan	triptofan	596	164
AMIPRIN[M]	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	597	164
AMIPTANOL[M]	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	599	164
AMITRIPTILINA[M]	România	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	604	165
AMIZOL[M]	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	609	166
AMOXAN[M]	Japonia	Amoxepină	dibenzazepinic	629	173
ANAFRANIL[M]	Franța	Clomipramină	dibenzazepinic	652	178
ANAMETRIN[M]	Portugalia	Nomifensină	isochinolizinic	704	191
ANAMOX[M]	S.U.A.	Amoxapină	dibenzazepinic	707	194
ANAPSIQUE[M]	Mexic	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	712	194
ANCHOLIBRE[M]	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	724	197
ANGOPASSE[M]	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	782	207
ANNOLYTIN[M]	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	797	210
ANSIOPAX[M]	Portugalia	Dibenzepină	dibenzodiazepinic	829	219
ANTIDEFRIN[M]	România	Imipramină	dibenzazepinic	853	230

ANTIPRESS(M)	S.U.A.	Imipramină	dibenzazepinic	872	237
APONAL(M)	R.F.G.	Doxepină	dibenzoxazepinic	963	261
ARIN(M)	Coreea	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1034	279
ASENDIN(M)	Canada	Amoxapină	dibenzazepinic	1082	294
ATEBEN(M)	Argentina	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1168	317
ATHYMIL(M)	Franța	Mianserin	dibenzazepinic	1188	324
ATOPHINE(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1206	331
ATRYPTAL(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1225	335
AVANTYL(M)	Mexic	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1334	355
AVENTYL(M)	Anglia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1338	356
AZAPHEN(M)	U.R.S.S.	Azafen	isochinolizinic	1367	363
BELPAX(M)	Argentina	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	B 133	391
BENZOXAZONE(M)	Italia	Caroxazonă	acetamidic	165	397
BERCOMINE(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	177	399
BIMARAN(M)	Argentina	Trazodonă	piridinic	239	415
BOLVIDON(M)	Anglia	Mianserin	dibenzazepinic	352	450
CENSTIM(M)	S.U.A.	Imipramină	dibenzazepinic	C 211	526
CENTROLYSE(M)	Argentina	Butriptilină	dibenzocicloheptadienic	223	528
CHIMOREPTIN(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	289	539
CHRYTEMIN(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	329	546
CINCOFARM(M)	Spania	Oxitriptan	triptofanic	351	549
CO-CAPS IMIPRAMINE(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	457	514
CONCORDIN(M)	Franța	Protriptilină	dibenzocicloheptadienic	542	603
CONFLICTAN(M)	Franța	Oxaflozană	morfolinic	561	609
DAPRIMEN(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	D 28	681
DECA-PERAZINE(M)	Canada	Trazodonă	triazolopiridinic	66	688
DECATRIPTYN(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	70	689
DEMOLOX(M)	Anglia	Amoxapină	dibenzazepinic	166	723
DEPARON(M)	Franța	Demexiptilină	dibenzocicloheptatrienic	187	727
DEPRAMINE(M)	Grecia	Imipramină	dibenzazepinic	200	731
DEPRENIL(M)	Polonia	Imipramină	dibenzazepinic	202	731
DEPRESS(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	212	743
DEPRESSIN(M)	Franța	Propizepină	dibenzazepinic	213	743
DEPRESYM(M)	S.U.A.	Dosulepină	dibenzotiepinic	214	743
DEPREX(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	215	743
DEPREXAN(M)	Israel	Desipramină	dibenzazepinic	216	743
DEPRINOL(M)	Danemarca	Imipramină	dibenzazepinic	218	744
DESYREL(M)	S.U.A.	Trazodone	triazolopiridinic	260	754
DEVRYL(M)	Mexic	Clomacran	acridanic	283	761
DIATRASE(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	331	779
DINSIDON(M)	Chile	Opipramol	dibenzazepinic	379	788
DITISAN(M)	Brazilia	Imipraminoxid	benzodiazepinic	495	808
DIXERAN(M)	Elveția	Melitracen	antracenic	498	810
DOKXAPAN(M)	Turcia	Doxepină	dibenzoxepinic	514	813
DOLSEDOL(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	519	814
DOMICAL(M)	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	524	815
DOXAL(M)	Finlanda	Doxepină	dibenzoxepinic	563	821
DOXECAN(M)	Coreea	Doxepină	dibenzoxepinic	563	821
DOXEPIN(M)	România	Doxepină	dibenzoxepinic	564	821
DYNAPRIN(M)	Italia	Imipramină	dibenzazepinic	623	839

• BETABLOCANTE (BB)

ACIFOL[M]	Mexic	Propranolol	propanolic	A 111	43
ADOBIOL[M]	Japonia	Bufetolol	butilaminic	279	80
ALDERLIN[M]	Suedia	Pronetalol	aminoetanolic	435	128
ALFAZICAL[M]	Grecia	Propranolol	propanolic	453	136
ANABET[M]	Portugalia	Nadolol	propanolic	646	177
ANGIUM[M]	Elveția	Bufuralol	propanolic	777	205
APO-PROPRA-NOLOL[M]	Canada	Propranolol	propanolic	969	263
APROBAL[M]	Japonia	Alprenolol	propanolic	991	266
APTIN[M]	R.F.G.	Alprenolol	propanolic	1001	267
APTINA[M]	Turcia	Alprenolol	propanolic	1001	267
APTINE[M]	Franța	Alprenolol	propanolic	1001	267
AVLOCARDYL[M]	Franța	Propranolol	propanolic	1348	359
BEDRANOL[M]	Elveția	Propranolol	propanolic	B 113	388
BELOC[M]	R.F.G.	Metaprolol	propanolic	131	391
BERKOLOL[M]	Anglia	Propranolol	propanolic	176	399
BETABLOC[M]	Franța	Butidrina	metanolic	193	401
BETACARD[M]	Austria	Alprenolol	propanolic	195	407
BETACARDONE[M]	Anglia	Sotalol	sulfonanelinic	196	407
BETADREN[M]	Elveția	Pindolol	propanolic	197	407
BETALOC[M]	R.F.G.	Metoprolol	propanolic	199	407
BETANEG[M]	Italia	Propranolol	propanolic	202	408
BETADRAN[M]	Franța	Bupranolol	propanolic	203	408
BETIM[M]	Anglia	Timolol	propanolic	206	409
BETIME[M]	Franța	Timolol	propanolic	206	409
BLOCADREN[M]	Anglia	Timolol	propanolic	213	411
BLOCANOL[M]	Finlanda	Timolol	propanolic	315	432
BUCUBOLOL[M]	Japonia	Bucumalol	metilcumarinic	489	471
BUCUMALOL[M]	Japonia	Bucumalol	metilcumarinic	489	471
CAFIDE[M]	Franța	Butofilolol	butirofenonic	C 18	481
CAPTOL[M]	Australia	Oxprenolol	propanolic	76	494
CARDINA[M]	Finlanda	Timolol	propanolic	93	497
CARDINOL[M]	Australia	Propranolol	propanolic	94	497
CARDIODOL[M]	Japonia	Practolol	acetanilidic	95	497
CARDIOL[M]	Finlanda	Practolol	acetanilidic	95	497
CARIDIAN[M]	Iugoslavia	Mepindolol	propanolic	106	499
CARIDOLOL[M]	Japonia	Propranolol	propanolic	107	499
CARISOL[M]	Norvegia	Carisoprodol	carbamatic	109	499
CARISOMA[M]	S.U.A.	Carisoprodol	carbamatic	109	499
CARVISKEN[M]	Japonia	Pindolol	propanolic	117	500
CELECTOL[M]	Austria	Celiprolol	ureic	199	524
CONDUCTON[M]	R.F.G.	Carazolol	propanolic	552	606
CORDANUM[M]	R.D.G.	Talinolol	ureic	664	635
CORETAL[M]	Polonia	Oxprenolol	propanolic	678	636
DALZIC[M]	R.F.G.	Practolol	acetanilidic	D 20	680
DECRETEN[M]	Elveția	Pindolol	propanolic	79	692
DERALIN[M]	Israel	Propranolol	propanolic	223	745
DETENSOL[M]	Canada	Propranol	propanolic	263	755
DIALICOR[M]	Grecia	Oxprenolol	propanolic	318	777
DIASECTRAL[M]	Danemarca	Acebutolol	isopropilic	328	779
DISORAT[M]	Elveția	Metipranolol	isopropilic	453	800

DOBEROL(M)	R.F.G.	Toliprolol	isopropilic	506	811
DOCITON(M)	Elveția	Propranolol	propanolic	509	812
DORISAN(M)	Grecia	Propranolol	propanolic	545	820

• NEUROLEPTICE (NL)

ABESTA(M)	Franța	Reserpină	Rauwolfia	A 25	16
ABILIT(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	27	16
ACEMIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	86	35
ACETAZIN(M)	U.R.S.S.	Acepromazină	fenotiazinic	90	35
ACTAZINE(M)	Belgia	Piperacetazină	fenotiazinic	168	49
ADANTOL(M)	Brazilia	Isotipendil	fenotiazinic	231	68
ADAZINE(M)	S.U.A.	Trifluoperazină	fenotiazinic	238	72
AGOSTINE(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	382	108
ALASED(M)	Grecia	Haloperidol	butirofenonic	414	116
ALDOL(M)	Belgia	Haloperidol	butirofenonic	436	128
ALIMORAL(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	475	142
ALKARAU(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	483	143
ALOPERIDIN(M)	Grecia	Haloperidol	butirofenonic	503	145
ALSERIN(M)	Canada	Reserpină	Rauwolfia	512	146
AMISAL(M)	Franța	Alimemazină	fenotiazinic	600	164
AMPLIACTIL(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	635	175
ANADEP(M)	N. Zeelandă	Clorpromazină	fenotiazinic	649	177
ANAPREL(M)	Franța	Rescinnamină	Rauwolfia	711	194
ANATENAZINE(M)	Japonia	Flufenazină	fenotiazinic	717	195
ANATENSOL(M)	Italia	Flufenazină	fenotiazinic	718	195
ANATENSOL D(M)	Belgia	Flufenazină	fenotiazinic	719	195
ANATENSOL E(M)	Portugalia	Flufenazină	fenotiazinic	720	195
ANCHOLACTIL(M)	Grecia	Clorpromazină	fenotiazinic	723	197
ANCHOSTAN(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	726	197
ANDANTOL(M)	Franța	Isotipendil	fenotiazinic	728	197
ANDANTON(M)	Spania	Isotipendil	fenotiazinic	728	197
ANQUIL(M)	Anglia	Benperidol	butirofenonic	821	219
ANTIPAR(M)	Italia	Dimetazină	fenotiazinic	869	235
ANTISTRESS(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	878	240
AOLEPT(M)	R.F.G.	Periciazină	fenotiazinic	917	254
APARKAZIN(M)	Ungaria	Dietazină	fenotiazinic	923	255
APIRAN(M)	Coreea	Proclorperazină	fenotiazinic	949	260
APO-HALOPE-RIDOL(M)	Canada	Haloperidol	butirofenonic	958	261
APOLON(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	961	261
APOPLON(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	968	263
APORECIN(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	970	263
APOTERIN(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	976	264
ARCUM(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	1015	271
ARISTOFEN(M)	Italia	Trifluopromazină	fenotiazinic	1036	279
ASCOSERP(M)	Austria	Reserpină	Rauwolfia	1077	293
ASPERSINAL(M)	Argentina	Clorpromazină	fenotiazinic	1125	309
ATARACTIL(M)	Portugalia	Promazină	fenotiazinic	1151	316
ATARZINE(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	1155	316
ATENSION(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	1177	319
ATOSIL(M)	R.F.G.	Prometazină	fenotiazinic	1209	332
ATSETOZIN(M)	U.R.S.S.	Acepromazină	fenotiazinic	1226	335
AVOMINE(M)	Anglia	Prometazină	fenotiazinic	1350	359
AZACON(M)	Spania	Protipendil	fenotiazinic	1363	363
AZUREN(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	1375	364

BACNIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	B 14	367
BANASIL(M)	Anglia	Reserpină	Rauwolfia	46	373
BARNETIL(M)	Franța	Sultopridă	benzamidic	71	380
BENALGEN(M)	Japonia	Alimemazină	fenotiazinic	137	392
BIOPERIDOLO(M)	Italia	Haloperidol	butirofenonic	274	423
BISCASIL(M)	Grecia	Clorpromazină	fenotiazinic	291	427
BONAPENE(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	356	450
BROSERPINE(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	473	468
BROTOPON(M)	Japonia	Halbperidol	butirofenonic	475	468
BURONIL(M)	Belgia	Melperonă	butirofenonic	511	475
BUTAPERAZINA(M)	Mexic	Butaperazină	fenotiazinic	516	476
CALMAZINE(M)	Australia	Trifluoperazină	fenotiazinic	C 37	486
CALMOTAL(M)	Italia	Promazină	fenotiazinic	42	487
CALODAL(M)	R.F.G.	Mezoridazină	fenotiazinic	44	487
CANIRAMIN(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	58	491
CARDILAC(M)	Grecia	Flufenazină	fenotiazinic	92	497
CARDIOSERPIN(M)	Finlanda	Reserpină	Rauwolfia	98	497
CARFENAZINE(M)	S.U.A.	Carfenazină	fenotiazinic	104	499
CARTRIC(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	115	500
CASANTIN(M)	R.F.G.	Dietazină	fenotiazinic	120	500
CENILENE(M)	Portugalia	Flufenazină	fenotiazinic	207	526
CENTRACTIL(M)	R.F.G.	Promazină	fenotiazinic	217	527
CENTRACTYL(M)	Suedia	Promazină	fenotiazinic	217	527
CEPHALMIN(M)	Japonia	Tioproperazină	fenotiazinic	228	531
CEREVIN(M)	Finlanda	Flufenazină	fenotiazinic	252	534
CHAMPIONYL(M)	Italia	Sulpiridă	benzamidic	261	535
CHEMFLURA-ZINE(M)	Canada	Trifluoperazină	fenotiazinic	278	538
CHLEMAZIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	308	544
CHLOMAZIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	308	544
CHLORACTIL(M)	Anglia	Clorpromazină	fenotiazinic	310	544
CHLORAZIN(M)	Elveția	Clorpromazină	fenotiazinic	310	544
CHLOROPERNA-ZINUM(M)	Polonia	Proclorperazină	fenotiazinic	315	545
CHLORPRO-MADOS(M)	R.F.G.	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPRO-MANYL(M)	Canada	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPRO-MAZIN(M)	Iugoslavia	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPRO-MEZ-ETS(M)	Canada	Clorpromazină	fenotiazinic	320	545
CHLORPRO-THIXEN(M)	Cehoslovacia	Clorprotixen	tioxantenic	321	545
CHLOR-PZ(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	323	546
CHLORZINE(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	325	546
CHLOTHIXEN(M)	Japonia	Clorprotixenă	tioxantenic	326	546
CIANATIL(M)	Franța	Ciamemazină	fenotiazinic	331	547
CIATYL(M)	R.F.G.	Clopentixol	tioxantenic	334	547
CINNALOID(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	354	549
CINNASIL(M)	S.U.A.	Rescinnamină	Rauwolfia	354	549
CISORDINOL(M)	Olanda	Clopentixol	tioxantenic	362	550
CISORDINOL DÉPÔT(M)	R.F.G.	Clopentixol decanoate	tioxantenic	363	550
CLEBORIL(M)	Spania	Clebopridă	benzamidic	393	562

CLINAZINE(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	408	564
CLOPIBEN(M)	Cehoslovacia	Clorotiapină	dibenzotiepinic	434	568
CLORDELAZIN(M)	România	Clorpromazină	fenotiazinic	438	568
CLOROPRAZIN(M)	Austria	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLOROPRO-MACIN(M)	Mexic	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLORPROMA-ZINA(M)	Spania	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLOXAN(M)	Finlanda	Clorprotixenă	tioxantenic	450	571
COLSTAMIN(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	492	581
COMPAZINE(M)	S.U.A.	Proclorperazină	fenotiazinic	504	584
CONCILIUM(M)	Argentina	Benperidol	butirofenonic	539	602
CONSILIUM(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	582	613
CONTOMIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	611	624
COOLSPAN(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	644	632
COPLEXENS(M)	S.U.A.	Alimemazină	fenotiazinic	649	634
COPORMIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	650	634
CORMITON(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	679	636
CO-SULPIR(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	696	641
CRASIN(M)	Coreea	Alimemazină	fenotiazinic	713	645
CROMEDAZINE(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	755	660
CRYSTOSERPINE(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	771	664
DAISALOID(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	D 14	679
DANATIRYL(M)	Coreea	Sulpiridă	benzamidic	24	681
DAPOTUM(M)	Elveția	Flufenazină	fenotiazinic	27	681
DARLETON(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	32	681
DARMATYL(M)	Coreea	Sulpiridă	benzamidic	32	681
DARTAL(M)	Olanda	Tiopropazat	fenotiazinic	34	682
DARTALAN(M)	Anglia	Tiopropazat	fenotiazinic	34	682
DAXOLIN(M)	S.U.A.	Loxapină	dibenzoxazepinic	45	685
DECENTAN(M)	R.F.G.	Perfenazină	fenotiazinic	71	689
DEHYDROBENZ-PERIDOL(M)	Turcia	Droperidol	butirofenonic	104	699
DELITON(M)	Japonia	Clotiapină	diabenzotiazepinic	144	712
DEPAFEN(M)	Finlanda	Proclorperazină	fenotiazinic	185	727
DEPARKIN(M)	Cehoslovacia	Dietazin	fenotiazinic	186	727
DEPIXOL(M)	Anglia	Flupentixol	tioxantenic	193	730
DESERPA(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	245	751
DESMENAT(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	250	752
DIBUTIL(M)	R.F.G.	Profenamină	fenotiazinic	342	782
DICEPLON(M)	Japonia	Spiclomazină	fenotiazinic	344	782
DIGTON(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	363	765
DINEZIN(M)	U.R.S.S.	Dietazină	fenotiazinic	376	788
DIPARCOL(M)	Anglia	Dietazină	fenotiazinic	386	789
DIPHERGAN(M)	Polonia	Prometazină	fenotiazinic	389	789
DIPRAZIN(M)	U.R.S.S.	Prometazină	fenotiazinic	394	790
DIPROZIN(M)	Anglia	Prometazină	fenotiazinic	394	790
DIQUEL(M)	S.U.A.	Etimemazină	fenotiazinic	397	791
DISCIMER(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	411	793
DISEPRON(M)	Japonia	Spiclomazină	fenotiazinic	419	794
DIXIBON(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	499	810
DOGMATIL(M)	Franța	Sulpiridă	benzamidic	512	812
DOIMAZIN(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	513	813
DOMINAL(M)	Franța	Protipendil	fenotiazinic	525	815
DOMINIL(M)	R.F.G.	Protipendil	fenotiazinic	529	815
DOREVANE(M)	Belgia	Propiomazină	fenotiazinic	542	819
DORME(M)	S.U.A.	Prometazină	fenotiazinic	550	820
DRESSENT(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	575	826

DRIDOL(M)	Suedia	Droperidol	butirofenonic	576	826
DROLEPTAN(M)	Anglia	Droperidol	butirofenonic	579	826
DROMINETAS(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	580	826
DYMOPERAZINE(M)	Canada	Trifluoperazină	fenotiazinic	622	839

IZOLEPTICE (LI)

CAMCOLIT(M)	Anglia	Litium Carbonat	C 49	487
CARBOLITH(M)	Canada	Litium Carbonat	89	496
CARBOLITHIUM(M)	Italia	Litium Carbonat	89	496
CARBOLITIUM(M)	Brazilia	Litium Carbonat	89	496
CIBALITH-S(M)	S.U.A.	Litium Citrat	335	547
DEMALIT(M)	Finlanda	Litium Citrat	D 149	713

PSIHOSTIMULENTE (PS)

ABULEMPAX(M)	Brazilia	Amfepramonă	feniletilaminat	A 55	26
ACINO(M)	Argentina	Fenfluramină	feniletilaminat	112	43
ACTEBRAL(M)	Franța	Ciprodenată	dimetilaminoetanol	169	49
ACTEMIN(M)	Argentina	Amfetamină	feniletilaminat	170	49
ACTIVAR(M)	Coreea	Pemolină	oxazolinic	180	53
ACUTRAN(M)	S.U.A.	Amfecloral	feniletilaminat	224	67
ADEGADINA(M)	Columbia	Fentermină	feniletilaminat	242	73
ADIPAN(M)	Elveția	Amfepramonă	feniletilaminat	263	77
ADIPEX(M)	S.U.A.	Fentermină	feniletilaminat	264	77
ADIPO(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	265	77
ADIPOMIN(M)	Elveția	Fenfluramină	feniletilaminat	266	77
ADIPOSETTEN(M)	R.F.G.	Catină	feniletilaminat	267	78
ADIPYN(M)	Elveția	Amfepramonă	feniletilaminat	271	78
AD-NIL(M)	Italia	Levamfetamină	feniletilaminic	275	79
ADPHEN(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	284	83
ADRIZINE(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminic	290	85
AFATIN(M)	Spania	Dexamfetamină	feniletilaminic	309	87
AFILAN(M)	Anglia	Mazindol	indolic	339	98
AKTEDRON(M)	Ungaria	Amfetamină	feniletilaminat	409	116
ALIPID(M)	Argentina	Amfepramonă	feniletilaminat	479	143
ALTIMINA(M)	Portugalia	Fencamină	feniletilaminat	520	147
AM-DEX(M)	Italia	Dexamfetamină	feniletilaminat	558	156
AMEDRINE(M)	Brazilia	Metamfetamină	feniletilaminat	560	156
AMFETASUL(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminat	572	159
AMITREN(M)	Belgia	Amfetamină	feniletilaminat	603	165
AMORPHAN(M)	R.F.G.	Catină	feniletilaminat	624	172
AMPHAETEX(M)	Elveția	Dexamfetamină	feniletilaminat	631	174
AMPHETEX(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	631	174
AMPHASUM(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	632	174
AMPHATE(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminic	633	175
AMPHEDRINE(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminic	633	175
AMPHEDROXYN(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminic	634	175
AMSUSTAIN(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminic	640	176
AMTRAN(M)	S.U.A.	Amfecloral	feniletilaminic	642	176
AN(M)	R.F.G.	Amfetamină	feniletilaminic	645	177
ANARA(M)	Ungaria	Amfetamină	feniletilaminic	713	194
ANEROXINA(M)	Mexic	Fentermină	feniletilaminic	749	201
ANEXATE(M)	S.U.A.	Mefenorex	feniletilaminic	758	203
ANFAMON(M)	R.F.G.	Amfepramonă	feniletilaminic	759	203
ANOREX(M)	Franța	Fenmetrazină	feniletilaminic	805	212
ANOREXINE(M)	Canada	Amfepramonă	feniletilaminic	810	215

ANOXINE(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	817	218
ANAPENTAN(M)	Austria	Fendimetrazină	morfolinic	841	220
ANTEPAN(M)	Portugalia	Fendimetrazină	morfolinic	843	221
ANTIMERAN(M)	Japonia	Pemolină	oxazolinic	863	235
ANTIOBES R(M)	Spania	Fenproporex	feniletilaminic	868	235
APEDINE(M)	Austria	Fenmetrazină	feniletilaminic	933	258
APIQUEL(M)	S.U.A.	Aminorex	oxazolinic	948	260
APONEURON(M)	R.D.G.	Amfetamină	feniletilaminic	964	262
APPETITZÜGLER(M)	Elveția	Fenproporex	feniletilaminic	979	264
APSEDON(M)	Spania	Clorfentermină	feniletilaminic	995	266
ARCALION(M)	Franța	Sulbutiamină	aminic	1011	271
ARCOTROL(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	1014	271
ARTENSOL(M)	Columbia	Propranolol	propanolic	1054	287
ASENLIX(M)	Mexic	Clobenzorex	feniletilaminic	1083	294
ATROL(M)	Anglia	Deanol	dimetilaminoetanol	1223	334
ATTENTYL(M)	Italia	Fipexidă	piperazinic	1227	335
AUDES(M)	Japonia	Citicolină	colinic	1228	335
AVICOL(M)	R.F.G.	Clorfentermină	feniletilaminic	1345	358
AVIPRON(M)	Polonia	Clorfentermină	feniletilaminic	1345	358
AZOXODON(M)	U.R.S.S.	Pemolină	oxazolinic	1374	364
BACARATE(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	B 11	367
BAR-DEX(M)	Franța	Dexamfetamină	fenetilaminic	56	378
BELLAPRONT(M)	Argentina	Fentermină	feniletilaminic	128	390
BELLOFORM(M)	Elveția	Catină	feniletilaminic	130	390
BENSEDREX(M)	Canada	Propilhexedrină	difeniletilaminat	153	394
BENZEDRINE(M)	Canada	Amfetamină	feniletilaminic	161	395
BETANAMIN(M)	Japonia	Pemolină	feniletilaminic	201	408
BIMANOL(M)	Polonia	Deanol	dimetilaminoetanol	238	415
BOF(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	339	441
BONTID(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	fenetilaminic	372	453
BRONTIL(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	fenetilaminic	374	453
BRONUMIN(M)	Finlanda	Amfepramină	feniletilaminic	375	453
BOXOGETTEN(M)	R.F.G.	Catină	fenetilaminic	396	458
BRAININE(M)	Argentina	Deanol	dimetilaminoetanol	429	462
BRASSEL(M)	Italia	Citicolină	colinic	431	463
BRENDALIT(M)	Argentina	Amfepramonă	feniletilaminic	438	463
CAPTAGON(M)	Belgia	Fenetilină	feofilinic	C 72	493
CAROPAN(M)	Japonia	Pipadrol	metanolic	111	499
CATOVIT(M)	Finlanda	Prolintană	pirolidinic	162	512
CDP-CHOLINE(M)	Japonia	Citicolină	colinic	180	519
CÉGRAMINE(M)	Portugalia	Amfepramonă	propriofenonic	198	524
CENTRAMIN(M)	Japonia	Pemolină	oxazolinic	218	527
CENTROFON(M)	Austria	Pirovaleronă	fenonic	224	528
CEREB(M)	Japonia	Citcolină	colinic	233	532
CEREBROL(M)	Franța	Malamină	dimetilaminoetanolic	240	533
CEREGUT(M)	Japonia	Citicolină	colinic	248	534
CERVOXAN(M)	Belgia	Deanol	dimetilaminoetanolic	257	535
CHLOROPHEN(M)	S.U.A.	Clorfentermină	feniletilaminic	316	545
CIDIFOS(M)	Italia	Citicolină	colinic	349	549
CIDILIN(M)	Italia	Citicolină	colinic	349	549
CIPRODENE(M)	Portugalia	Ciprodenat	dimetilaminoetanolic	355	549
CLÉOFIL(M)	Franța	Difemetorex	feniletilaminat	394	562
CLÉRÉGIL(M)	Elveția	Deanol	dimetilaminoetanol	400	562
COLITE(M)	Japonia	Citicolină	colinic	490	580
CORENALIN(M)	Japonia	Citicolină	colinic	674	636

Scanned with OKEN Scanner

CRADEX(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminat	704	643
CURBAN(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	798	673
CYDRIL(M)	S.U.A.	Levamfetamină	feniletilaminat	806	676
CYLERT(M)	Anglia	Pemolină	oxazolinic	808	676
CYSCHOLIN(M)	Japonia	Citicolină	colinic	815	677
DADEX(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	D 12	679
DAEFA(M)	Mexic	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	13	679
DANDI(M)	Brazilia	Fenproporex	feniletilaminat	25	681
DARDANIN(M)	Brazilia	Deanol	dimetilaminoetanolic	30	681
DARO(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	33	681
DASTEN(M)	Brazilia	Mazindol	clorfenilizoindolic	41	683
DEANER(M)	S.U.A.	Deanol	dimetilaminoetanolic	48	685
DECA-PROPION(M)	Canada	Amfetamină	feniletilaminat	68	689
DEE(M)	S.U.A.	Metamfetamină	fenetilaminat	84	694
DEGADIL A.P.(M)	Costa Rica	Fenproporex	feniletilaminat	94	697
DELGAFEN(M)	Mexic	Fenproporex	feniletilaminat	123	701
DELATAMINE(M)	Franța	Pemolină	feniletilaminat	147	713
DEOFED(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	183	726
DEPHADREN(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	191	729
DERFON(M)	Franța	Amfetamină	feniletilaminat	230	746
DESOBESI(M)	Brazilia	Fenproporex	feniletilaminat	251	752
DESOPIMON(M)	Ungaria	Clorfentermină	feniletilaminat	253	753
DESOXO(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	254	753
DESYPHED(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	259	754
DETARIL(M)	Italia	Pipradrol	metanolic	261	754
DETIPRON(M)	Mexic	Amfepramonă	feniletilaminat	270	757
DETREX(M)	S.U.A.	Metamfetamină	metilaminic	273	758
DEXAMED(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminat	285	761
DEXOVAL(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	288	763
DIANOL(M)	Italia	Deanol	dimetilaminoetanolic	324	779
DICEL(M)	Spania	Fenproporex	feniletilaminat	343	782
DIDREX(M)	Anglia	Benzfetamină	feniletilaminat	348	782
DIEPROPON(M)	Norvegia	Amfepramonă	feniletilaminat	352	783
DIETAMINE(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminat	353	784
DIFORÈNE(M)	Franța	Deanol	dimetilaminoetanolic	360	785
DIFOSFOCIN(M)	Italia	Citicolină	colinic	361	785
DIKICON(M)	Spania	Citicolină	colinic	365	785
DIMAFEN(M)	Italia	Fenfluramină	feniletilaminat	368	786
DIMENOL(M)	Japonia	Deanol	dimetilaminoetanolic	369	786
DININTEL(M)	Franța	Clobenzorex	feniletilaminat	377	788
DIOCURB(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	380	789
DOBESIN(M)	Suedia	Amfetamină	feniletilaminat	507	812
DORACIL(M)	Argentina	Mefenorex	feniletilaminat	540	819
DOXYFED(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	565	822
DRENUR(M)	Portugalia	Fenproporex	feniletilaminat	574	826
DRINALFA(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	577	826
DUALID(M)	Brazilia	Amfepramonă	feniletilaminat	591	828
DUROMINE(M)	Anglia	Fentermină	feniletilaminat	620	839

TRANCHILIZANTE (TRC)

ACALAMID(M)	Brazilia	Fenaglicodol	propandiolic	A 59	27
ACALO(M)	S.U.A.	Fenaglicodol	propandiolic	62	29
ACTIPHAN(M)	Japonia	Fenprobamat	carbamatic	175	51
ACTOZINE(M)	Canada	Benactizină	difenilmetanic	195	56
ACTYL(M)	Japonia	Ectiluree	ureic	197	57

ADUMBRAN(M)	R.F.G.	Oxazepam	benzodiazepinic	297	86
AKITAN(M)	Finlanda	Benzatropină	difenilmetanic	408	116
ALAMON(M)	Japonia	Hidroxizin	difenilmetanic	412	116
ALBEGO(M)	Belgia	Camazepam	benzodiazepinic	416	117
ALBORAL(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	417	117
ALINAM(M)	Franța	Clormezanonă	metiltiazinic	476	142
ALISEUM(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	480	143
ALLOTROPAL(M)	R.F.G.	Metilpentinol	alkenic	488	143
AMEPROMAT(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	567	157
AMICIL(M)	U.R.S.S.	Benactizină	difenilmetanic	577	159
AMIPROL N(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	598	164
AMITACON(M)	Ungaria	Benactizină	difenilmetanic	601	164
AMIZIL(M)	U.R.S.S.	Benactizină	difenilmetanic	608	166
AMOSENE(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	626	173
AMOTRIL(M)	Grecia	Camazepam	benzodiazepinic	628	173
AMPROMAT(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	638	176
ANCHONAT(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	725	197
ANCOLAN(M)	Anglia	Meclozină	difenilmetanic	727	197
ANCOLAXIN(M)	Anglia	Meclozină	difenilmetanic	727	197
ANDAXIN(M)	Ungaria	Meprobamat	propandiolic	729	197
ANEURAL(M)	R.F.G.	Meprobamat	propandiolic	755	202
ANGULAR(M)	Argentina	Meprobamat	propandiolic	783	207
ANIDOL(M)	Coreea	Carisoprodol	propandiolic	788	207
ANKSIYOLIN(M)	Turcia	Diazepam	benzodiazepinic	796	210
ANSEPRON(M)	Japonia	Fenprobamat	carbamatic	822	219
ANSIACAL(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	823	219
ANSIETAN(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic	824	219
ANSILAN(M)	Iugoslavia	Medazepam	benzodiazepinic	825	219
ANSILOR(M)	Portugalia	Lorazepam	benzodiazepinic	826	219
ANSIOLISINA(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	828	219
ANSIOTEX(M)	Brazilia	Lorazepam	benzodiazepinic	831	219
ANSIOWAS(M)	Spania	Meprobamat	propandiolic	832	219
ANSIUS(M)	Portugalia	Medazepam	benzodiazepinic	834	219
ANTIN(M)	R.F.G.	Feniltoloxamina	difenilmetanic	865	235
ANTIVERT(M)	S.U.A.	Meclozină	difenilmetanic	879	240
ANTORON(M)	Coreea	Meclozină	difenilmetanic	885	241
ANUAR(M)	Venezuela	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	901	245
ANXIOLETAS(M)	Spania	Meprobamat	propandiolic	908	251
ANXIOLIT(M)	Elveția	Oxazepam	benzodiazepinic	909	251
ANXITOL(M)	Danemarca	Medazepam	benzodiazepinic	913	254
ANXIUM(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	914	254
ANXON(M)	Anglia	Ketazolam	benzodiazepinic	915	254
ANZEPAM(M)	R.F.G.	Diazepam	benzodiazepinic	916	254
APACIL(M)	Portugalia	Meprobamat	propandiolic	918	254
APASCIL(M)	Mexic	Meprobamat	propandiolic	925	255
APAURIN(M)	Iugoslavia	Diazepam	benzodiazepinic	929	256
APESAN(M)	Olanda	Carisoprodol	propandiolic	941	259
APLACASSE(M)	Argentina	Lorazepam	benzodiazepinic	950	260
APLAKIL(M)	Spania	Oxazepam	benzodiazepinic	951	260
APODORM(M)	Suedia	Nitrazepam	benzodiazepinic	957	261
APOLLONSET(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	960	261
APO-OXAZEPAM(M)	Canada	Oxazepam	benzodiazepinic	965	263
A-POXIDE(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	977	264
APOZEPAM(M)	Suedia	Diazepam	benzodiazepinic	978	264
ARCADIN(M)	Anglia	Benactizină	difenilmetanic	1010	271
ARCANAX(M)	Austria	Hidroxizin	difenilmetanic	1012	271
AREM(M)	Anglia	Nitrazepam	benzodiazepinic	1017	271
ARIPAX(M)	Grecia	Lorazepam	benzodiazepinic	1035	279

ARMONIL(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	1043	281
ARTIFAR(M)	Grecia	Carisoprodol	propandiolic	1059	290
ARTOLON(M)	Olanda	Meprobamat	propandiolic	1064	291
ARVYNOL(M)	Anglia	Etclorvinol	alkenic	1067	292
ASSIVAL(M)	Israel	Diazepam	benzodiazepinic	1127	311
ASTYN(M)	Japonia	Ectiluree	ureic	1145	315
ATADIOL(M)	Italia	Fenaglicodol	propandiolic	1150	316
ATARAX(M)	Franța	Hidroxizin	difenilmetanic	1152	316
ATARVITON(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	1154	316
ATAZINA(M)	Italia	Hidroxizin	difenilmetanic	1167	317
ATEMORIN(M)	S.U.A.	Metilpentinol	alkenic	1172	318
ATEMPOL(M)	Anglia	Metilpentinol	alkenic	1173	318
ATENSINE(M)	Anglia	Diazepam	benzodiazepinic	1176	319
ATERAX(M)	Africa de Sud	Hidroxizin	difenilmetanic	1183	322
ATILEN(M)	Cehoslovacia	Diazepam	benzodiazepinic	1189	324
ATIVAN(M)	U.R.S.S.	Lorazepam	benzodiazepinic	1198	327
ATONALYT(M)	Austria	Carisoprodol	propandiolic	1205	331
ATRAXIN(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	1212	332
AUDIUM(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	1238	337
AVAZEN(M)	Ecuador	Diazepam	benzodiazepinic	1336	356
AVEX(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	1342	357
AVOSYL(M)	S.U.A.	Mefenesină	glicerolic	1352	360
AYERAMATE(M)	Spania	Meprobamat	propandiolic	1360	363
AZEPAMID(M)	Mexic	Medazepam	benzodiazepinic	1369	364
AZEPYL(M)	Mexic	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1370	364
BALACON(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	B 22	368
BALANCE(M)	Japonia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	24	368
BALMINIL(M)	Canada	Guaifenesină	glicerolic	39	372
BAMATE(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	42	372
BAMO(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	42	372
BANABIN(M)	Japonia	Clormezanonă	tiazinic	44	372
BELSEREN(M)	Belgia	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	134	391
BENZOIL(M)	Japonia	Flurazepam	benzodiazepinic	149	394
BENSEDIN(M)	Iugoslavia	Diazepam	benzodiazepinic	152	394
BENSON(M)	Italia	Medazepam	benzodiazepinic	154	394
BENT(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	156	394
BENZALIN(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	159	395
BENZODIAPIN(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	162	395
BENZOTRAN(M)	Australia	Oxazepam	benzodiazepinic	164	397
BEST(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	188	400
BETAVEL(M)	Spania	Cloxazolam	benzodiazepinic	205	409
BIALZEPAM(M)	Portugalia	Diazepam	benzodiazepinic	212	411
BINOMIL(M)	Spania	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	248	417
BIOBAMAT(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	253	418
BIO-FLEX(M)	S.U.A.	Orfenadrină	difenilmetanic	265	421
BLOMSILAN(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	230	433
BOBSULE(M)	Japonia	Hidroxizin	difenilmetanic	336	440
BOHMIN(M)	Japonia	Meclozină	difenilmetanic	344	441
BONADETTES(M)	S.U.A.	Meclozină	difenilmetanic	354	450
BONADOXIN(M)	Japonia	Meclozină	difenilmetanic	354	450
BONAMINE(M)	Japonia	Meclozină	difenilmetanic	354	450
BONARE(M)	Mexic	Oxazepam	benzodiazepinic	357	450
BONINE(M)	S.U.A.	Meclozină	difenilmetanic	361	451
BONSTAN(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	371	451

Scanned with OKEN Scanner

BONTON(M)	Israel	Lorazepam	benzodiazepinic	373	453
BORTALIUM(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	383	456
BREONESIN(M)	S.U.A.	Guaifenesin	glicerolic	440	463
BIRGEN-G(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	446	464
BRISTAMIN(M)	Anglia	Feniltoloxamină	difenilmetanic	455	465
BRISTAMINE(M)	Japonia	Feniltoloxamină	difenilmetanic	455	465
BRITAZEPAM(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	456	466
BROCADISIPAL(M)	Danemarca	Orfenadrină	difenilmetanic	460	466
BROCASIPAL(M)	Suedia	Orfenadrină	difenilmetanic	460	466
CAFRON(M)	Anglia	Benactizină	difenilmetanic	C 20	481
CALMAX(M)	Portugalia	Meprobamat	propandiolic	36	486
CALMODEN(M)	Anglia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	40	486
CALMONAL(M)	R.F.G.	Meclozină	difenilmetanic	41	486
CALMOVITA(M)	Brazilia	Diazepam	benzodiazepinic	43	487
CALMPOSE(M)	India	Diazepam	benzodiazepinic	44	487
CALSMIN(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	47	487
CANAZEPAM(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	55	490
CAPRODAT(M)	Suedia	Carisoprodol	propandiolic	71	493
CARBADIN(M)	Mexic	Metocarbamol	glicerolic	82	496
CARB-A-MED(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	85	496
CARBAMETIN(M)	Japonia	Metocarbamol	glicerolic	86	496
CARBAXIN(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	87	496
CARXIN(M)	Japonia	Metocarbamol	glicerolic	118	500
CASTILIUM(M)	Portugalia	Clobazam	benzodiazepinic	123	501
CDP(M)	Anglia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	179	519
CEBRUM(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	182	519
CEDAD(M)	Italia	Benactizină	difenilmetanic	188	521
CENTALUN(M)	R.F.G.	Centalun	propandiolic	212	526
CENTRAC(M)	Grecia	Prazepam	benzodiazepinic	216	527
CENTRAX(M)	Anglia	Prazepam	benzodiazepinic	220	527
CERCIN(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic	231	532
CEREGULARD(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic	247	534
CEREPAX(M)	Argentina	Temazepam	benzodiazepinic	250	534
CERSON(M)	Iugoslavia	Nitrazepam	benzodiazepinic	255	535
CEVANOL(M)	Anglia	Benactizină	difenilmetanic	259	535
CHEMDIPOXIDE(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	277	538
CHEMODIAZINE(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	279	538
CHICLIDA(M)	Spania	Meclozină	difenilmetanic	288	539
CHLOMEDINON(M)	Japonia	Clormezanonă	metiltiazinic	309	544
CHLORDIAZACHEL(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	312	544
CHLORMEZANON(M)	Bulgaria	Clormezanonă	metiltiazinic	314	545
CHLORTRAN(M)	Anglia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	325	546
CIRCE(M)	Venezuela	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	356	549
CIPRONYL(M)	R.F.G.	Meprobamat	propandiolic	360	550
CITODORM(M)	Anglia	Metilpentinol	alchenic	369	551
CLARMYL(M)	Spania	Clobazam	benzodiazepinic	379	555
CLOMIAZIN(M)	Elveția	Clometiazol	tiaminic	425	567
CLONEX(M)	Israel	Clonazepam	benzodiazepinic	429	567
CLONOPIN(M)	S.U.A.	Clonazepam	benzodiazepinic	429	567
CLOPAX(M)	Spania	Clobazam	benzodiazepinic	431	567
CLORAZEPATO DIPOTASICO(M)	Argentina	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	437	568
CLORIXIN(M)	Italia	Hidroxizin	difenilmetanic	439	569
COGENTINE(M)	Franța	Benzatropină	difenilmetanic	476	578
COGENTINOL(M)	R.F.G.	Benzatropină	difenilmetanic	476	578
COMPENDIUM(M)	Italia	Bromazepam	benzodiazepinic	505	584
CONDITION(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic	547	604

Scanned with OKEN Scanner

AMIPERM(MC)	S.U.A.	Amitriptilina + Flufenazina	595	164
AMRIL(MC)	S.U.A.	Reserpina + Meprobamat + Mefenesin	639	176
ANAGRAX(MC)	Argentina	Fenfluramina + Dipotassium Clorazepat	656	179
ANELUM C(MC)	Spania	Amitriptilina + Protriptilina	740	200
ANSIOLIN(MC)	Argentina	Amitriptilina + Oxazepam	827	219
ANSIUM(MC)	Spania	Sulpirid + Diazepam	833	219
ANTIADIPOSITUM(MC)	Elveția	Catina + Cofeina	845	221
APOPERAM(MC)	Canada	Amitriptilina + Perfenazina	866	235
AXINTO(MC)	R.F.G.	Noxiptilina + Butaperazina	1353	360
BAMADEX(MC)	S.U.A.	Dexamfetamina + Meprobamat	B 41	372
BENPON(MC)	R.F.G.	Nortriptilina + Flupentixol	151	394
BIPHETAMINE(MC)	Belgia	Amfetamina + Dexamfetamina	287	427
BLOCARDYL(MC)	Argentina	Clordiazepoxid + Propranolol	316	432
BRAINAL(MC)	Spania	Piritinol + Deanol	428	462
CAFILON(MC)	Franța	Fenmetrazina + Fenbutrazate	C 19	481
CHLORBAMATE(MC)	Grecia	Meprobamat + Hydroxizin	311	544
CLINDORM(MC)	R.F.G.	Aceprometazina + Meprobamat	409	564
CLOMIFENSIN(MC)	R.F.G.	Nomifensina + Clobazam	426	567
CLOSERPIL(MC)	Spania	Clorpromazina + Reserpina	444	570
COFFADYN(MC)	Elveția	Dexamfetamina + Cofeina	469	576
COKTELIN-H(MC)	Japonia	Clorpromazina + Prometazina	479	578
COMPENSOL(MC)	Mexic	Diazepam + Gabob	508	587
COMPLUTINE AZUL(MC)	Spania	Perfenazina + Diazepam	517	592
COMPLUTINE ROJA(MC)	Spania	Fenelzina + Diazepam	518	592
CONACID-D(MC)	Argentina	Dipotassium Clorazepat + Noxiptilina	534	601
CUAIT-D(MC)	Brazilia	Tranilcipromina + Trifluoperazina + Diazepam	774	664
DASTEN PLUS(MC)	Brazilia	Mazindol + Diazepam	D 42	683
DEADYN(MC)	Elveția	Pemolina + L-Glutamina	47	685
DEANXIT(MC)	Spania	Melitracen + Flupentixol	50	685
DEBRUMYL(MC)	Franța	Deanol + Heptaminol	60	687
DENUBIL(MC)	Spania	Deanol + Heptaminol	182	726
DEPRELIO(MC)	Spania	Amitriptilina + Perfenazina	201	731
DEPROL(MC)	S.U.A.	Benactizina + Meprobamat	221	745
DESCRAPTIN(MC)	Grecia	Meprobamat + Oxazepam	241	749
DIAPATOL(MC)	Italia	Clordiazepoxid + Amitriptilina	326	779
DIAZEPOXIN(MC)	Spania	Clordiazepoxid + Nortriptilina	336	781
DIAZEPRIN(MC)	Grecia	Meprobamat + Diazepam	337	781
DISTONOCALM(MC)	România	Propranolol + Amital sodic + Beladonă	485	806
DOMALIUM COMPUESTO(MC)	Spania	Diazepam + Fenitoin	521	814
DOMINANS(MC)	Italia	Nortriptilina + Flufenazina	526	815
DOPRENE(MC)	Grecia	Deanol + Heptaminol	539	819
DORKEN(MC)	Spania	Dipotassium Clorazepate + Gabob + Piridoxina	547	820
DU-ORIA(MC)	S.U.A.	Metamfetamina + Reserpina	610	833

Scanned with OKEN Scanner

PERSONALITĂŢI

ABRAHAM Karl (1877—1925)	— psihiatru/psihanalist german	A 35	17
ADLER Alfred (1870—1937)	— psihiatru / psihanalist austriac	276	79
ALEXANDER Franz (1891—1964)	— psihanalist / psihosomatician german	444	131
ALLENDY René (1899—1942)	— psihiatru / psihanalist francez	487	143
ALLPORT Gordon (1897—1967)	— psiholog american	489	143
ALZHEIMER Aloïs (1864—1915)	— psihiatru german	528	149
AMIEL Frederic (1821—1861)	— scriitor elveţian	579	153
ANANIEV Boris (1916—1972)	— psiholog rus	709	194
ARCHAMBAULT Théophile (1806—1863)	— psihiatru francez	1013	271
ARISTOTEL (383—322 î.e.n.)	— filozof grec	1037	279
ASCHAFFENBURG Gustav (1866—1944)	— psihiatru german	1072	293
AUZOUY Théodore (1819—1879)	— psihiatru francez	1332	355
AVENARIUS Richard (1843—1896)	— filozof eleveţian	1337	356
AVICENNA (980—1037)	— medic şi filozof	1344	357
AZAM Charles (1822—1899)	— medic francez	1366	363
BABINSKI Joseph Francois (1857—1932)	— neurolog francez	B 3	365
BACON Francis (1561—1626)	— filozof englez	15	367
BAILLARGER Jules François (1809—1890)	— psihiatru francez	17	368
BAIN Alexander (1818—1903)	— filozof şi psiholog englez	20	368
BAKER George (1722—1809)	— medic englez	21	368
BALINSKI Ivan Mihailovici (1827—1902)	— psihiatru rus	28	370
BALINT Michael (1896—1970)	— psihiatru englez	30	370
BALL Benjamin (1833—1896)	— psihiatru francez	33	370
BALLET Gilbert Luis (1853—1916)	— neuropsihiatru francez	36	371
BALLIF Leon (1892—1967)	— neuropsihiatru român	37	371
BALLIF-NEGULICI Eugenia (1918—1970)	— psihiatru român	38	372
BARUK Henri (1897)	— psihiatru francez	77	381
BASAGLIA Franco (1924—1980)	— psihiatru italian	80	381
BATTIE William (1703—1776)	— medic englez	90	383
BAYLE Antoine Laurent (1799—1858)	— medic francez	95	384
BEARD Georges Miller (1839—1883)	— psihiatru american	104	387
BEAUNIS Henri Etienne (1830—1921)	— fiziolog francez	107	387
BECHTEREV Vladimir (1857—1927)	— psihiatru rus	110	387
BEDDOES Thomas (1760—1808)	— medic englez	112	388
BELCIUGĂŢEANU Corneliu (1922—1973)	— psihiatru român	120	389
BELHOMME Jacques (1737—1824)	— „tîmplarul infirmier" (Franţa)	122	390
BELHOMME Etienne (1800—1880)	— medic francez	123	390
BENEDIKT Mortiz (1835—1920)	— psihiatru austriac	142	392
BENTHAM Jérémie (1748—1832)	— medic francez	157	395
BERBIGUIER Alexis Charles (1764—1851)	— ... şi boala sa	166	397
BERGER Gaston (1894—1960)	— filozof şi psiholog francez	168	397
BERGER Hans (1873—1941)	— psihiatru german	169	397
BERGSON Henri (1854—1941)	— filozof francez	173	398
BERKELEY George (1685—1753)	— filozof englez	175	399
BERNARD Claude (1813—1878)	— fiziolog francez	178	399
BERNHEIM Hippolyte Marie (1840—1919)	— medic francez	179	399

ANTON(s)	— cecitate corticală nerecunoscută	882	240
ANTON-BABINSKI(s)	— asomatognozie, anozognozie, anozodiaforie	883	241
ANXIETAS TIBIARUM(s)	sin. → ECKBOM(s)	905	246
APALIC(s)	— tulburare posttraumatică a ritmului somn / veghe	919	254
APARNETIC(s)	— refuzul bolii bacilare / GILLES	924	255
APATICO-AKINETICO-ABULIC(s)	sin. KLEIST(s)	928	256
APERT(s)	— sin. ACROCEFALOSINDACTILIE	940	258
ARGYLL ROBERTSON(s)	— formă clasică și inversată	1022	272
ASPERGER(s)	— autism infantil cu hiperactivitate	1123	309
ASTVATATUROV(s)	— interogare sicîitoare a medicului	1144	315
ATAXIE FRONTALĂ(s)	sin. → BRUNS(s), 1892	1159	317
ATAXIE ISTERICĂ(s)	— BRIQUET / 1859	1161	317
ATONIC-ASTATIC(s)	sin. → DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ	1204	331
AUTOMATISM MINTAL(s)	— CLÉRAMBAULT-KANDINSKI	1294	347
BABENCOVA(s)	— KORSAKOV(s) + pseudomoria (1967)	B 2	365
BABINSKI-FROMET(s)	— sin. BABINSKI-MEIGE(s)	6	366
BABINSKI-FRÖLICH(s)	sin. → ADIPOZO-GENITAL(s)	7	366
BABINSKI-NAGEOTTE(s)	— sin. SINDROM DE HEMIBULB	8	366
BALINT(s)	— sin. PARALIZIE PSIHICĂ A VEDERII	31	370
BALLARD-DEGEN-PAIE(s)	— encefalopatie postmeningoencefalitică	34	371
BALLARD-MILLER(s)	— cerebrastenie postmeningoencefalitică	35	371
BAMBERGER(s)	— formă foarte rară a isteriei / 1859	43	372
BARÉ-LIÉOU(s)	— formă pasageră a sindromului BABINSKI-NAGEOTTE	57	378
BARÉ(s)	sin. → LERICHE(s)	76	381
BĂTRÎN ACUZATOR(s)	— reacții ostile și revendicative nejustificate	102	386
BEHÇET(s)	— sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET(s)	115	389
BENDER-FISCHER-ADAMS(s)	— amnezie globală și tranzitorie	139	392
BENJAMIN(s)	— oligofrenie, anemie, hidrocefalie	147	393
BENOIT-AMAT(s)	— semnul Cunn inversat	148	393
BERS-CONRAD(s)	— delir hipocondriac de involuție	184	400
BEȚIA DE SOMN(s)	sin. → ELPENOR(s)	210	411
BIANCHI(s)	— afazie, apraxie, alexie	213	411
BICKEL-LOWE(s)	sin. → LOWE(s)	220	412
BIGNAMI(s)	sin. → MARCHIAFAVA-BIGNAMI(s)	229	413
BUCO-LINGUO-MASTICATOR(s)		312	432
BLOCH-SULZBERGER(s)	— sin. BLOCH(s); CAROL-BOUR(s)	318	433
BOAS-MATHIEU(s)	sin. → ACORIE	335	440
BOGAERT-NISSEN(s)	— formă a leucodistrofiei progresive	341	441
BONHOEFFER(s)	— prodrom psihic al bolilor infecțioase / 1910	360	450
BONNET(s)	— halucinoza vizuală princeps / 1760	364	451
BONNET-DECHAUME-BLANC(s)	— sin. ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ	365	451

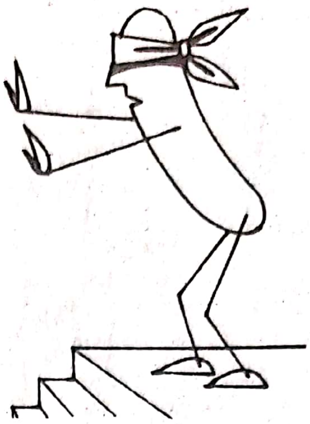
CUSHING(S)	— sin. SUPRARENOMETABOLIC(S) (MILCU)	800	673
D(S)	— sin. TRISOMIED sin. → PATAU(S)		
DA COSTA(S)	— cortegiu de manifestări cardiace funcționale	D1	678
DEBILITATE MOTORIE(S)	— motricitate afectată congential	6	678
DELBRÜCK(S)	— mitomanie confabulatorie / 1881	56	686
DENNY-BRAUN(S)	— paraneoplazie psihică	122	701
DEPOSEDARE(S)	— „subiectul nu-și mai aparține"	180	726
DESHAIES-PELLIER(S)	— sin. SINDR. SUBIECTIV AL ELECTROȘOCAȚILOR	199	731
DESPĂRȚIRE(S)	— reacție de externare	247	751
DIDE-BOTCARO(S)	— sin. BOTCARO(S)	255	753
DIFUZIE A IDENTITĂȚII(S)	— lipsa identității adolescentului	346	782
DIOGENE(S)	— existența vegetativă a vîrstnicului	362	785
DUBOVITZ(S)	— polihandicapare	381	789
DUMPING(S)	— manifestări psihice post gastrectomie	601	832
DUPRÉ-MERKLEN(S)	— sin. SCHLEMIHL(S) — afectare congenitală a motilității	611	833
		614	834

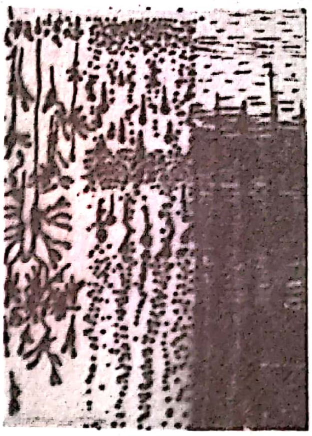
TEST(T)

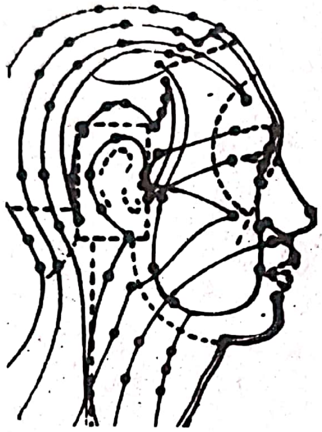
ABRUTKOV ENICHEET(T)	— încercare de etalonare a gradului remisiei schizofrene	A 38	19
ABSURDITATE(T)	— rezistența gîndirii logice și modificările calitative	54	25
ACHENBACH(T)	— folosit în clinica infantilă, calități diagnostice excepționale (J.D.CAL, 1986)	98	38
ALEXANDER(T)	— scală de performanțe intelectuale „ALEX"	439	130
ALEKSANDROVSCHI(T)	— aprecierea efectelor tranchilizantelor	446	131
ALTERNATIVE(T)	— alegere între răspunsuri multiple	517	147
AMTHAUER(T)	— inteligență verbală, calcul, construcție	641	176
ANALOGIE(T)	— capacitate de raționament și corelație	703	191
ANTONIME(S)	— înțelegerea limbajului, a cuvintelor	884	241
A.P.T.(T)	— „academic Promise Test" / succesul școlar	999	267
ARTHUR GRACE(T)	— măsurarea inteligenței generale	1057	290
ARTHUS(T)	— testul satului — evaluarea capacității imaginative la copil	1058	290
ASAMBLAJ(T)	— teste nonverbale de performanță	1068	292
ASOCIAȚIE(T)	— psihodiagnoza personalității	1117	308
BABY(T)	— investigarea preșcolarului (GESSEL)	B 10	366
BARAJ(T)	— evaluarea capacității prosexice	51	373
BARR(T)	— evidențierea sexului genetic cu ajutorul cromatinei (BARR-BERTAM/1948)	75	380
BARUK(T)	— „capacitatea de judecată morală" / 1950	79	381
BECK(T)	— evaluarea depresiei / 1961	111	388
BEHN-ESCHENBERG(T)	— variantă RORSCHACH(T)/1952	117	389
BEHN-RORSCHACH(T)	— variantă RORSCHACH/ZULLINGER	118	389
BELLAK(T)	— investigarea copiilor sub zece ani	127	390
BENDER(T)	— „structurarea vizuală" la copil	138	392
BENTON(T)	— evidențierea deteriorării mnestice	158	395
BERNREUTER(T)	— inventar de personalitate / 1931	180	400

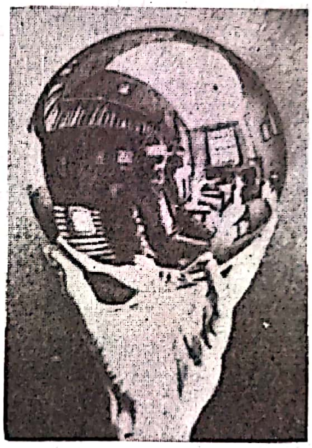
Scanned with OKEN Scanner

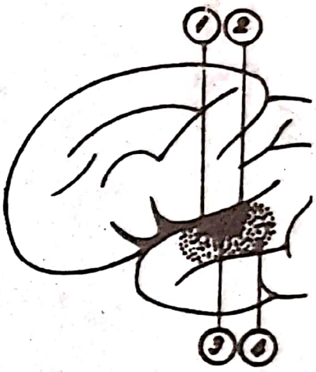
Scanned with OKEN Scanner

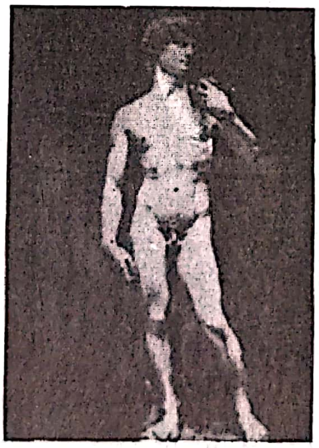


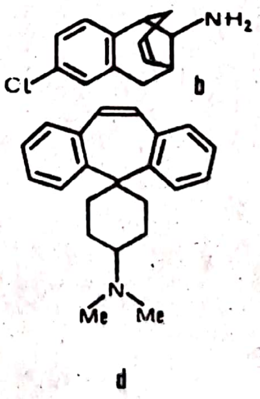


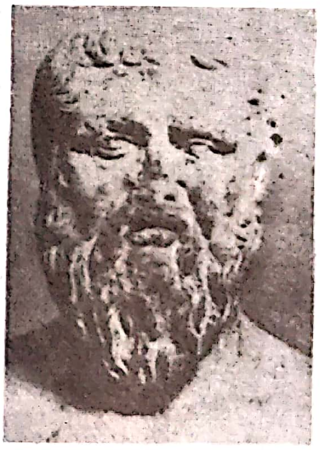


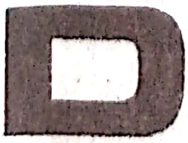












Scanned with OKEN Scanner

Dicţionar enciclopedic de psihiatrie

Lei 116

AD 1